TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ULUSAL ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDA SIRALANAN HASTALIKLARIN TEDAVİSİNİ PLANLAMAYA İLİŞKİN YETERLİKLERİ VE BU YÖNDEKİ ÖĞRENCİ EĞİTİCİ DENEYİMLERİ

BERNA TERZİOĞLU BEBİTOĞLU
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET ALİ GÜLPINAR
TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ULUSAL ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDA SIRALANAN HASTALIKLARIN TEDAVİSİNİ PLANLAMAYA İLİŞKİN YETERLİKLERİ VE BU YÖNDEKİ ÖĞRENCİ EĞİTİCİ DENEYİMLERİ

BERNA TERZİOĞLU BEBİTOĞLU
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET ALİ GÜLPINAR
TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Berna Terzioğlu Bebitoğlu

İmzası

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimime başlamada ve eğitim süresince, bu tezin hazırlanmasının her aşamasında ve tamamlanmasında her zaman desteğini ve yönlendiriciliğini gördüğüm, bilgisiyle yol gösteren, bilimsel yönü, çalışkanlığı kadar sabrı, anlayışı ile ihtiyaç duyduğum anlarda kapısını her zaman açık bulduğum, çok değerli danışman hocam *Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLPINAR'a,*

Tıp eğitimi doktora süreci dahil tüm eğitim ve çalışma hayatım boyunca her konuda olduğu gibi tezimin hazırlanmasında değerli desteğini ve yönlendirmelerini gördüğüm değerli hocam *Prof. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na,*

Tezimin planlamasından tamamlanmasına kadar değerli katkı ve yönlendirmelerini gördüğüm değerli hocalarım *Prof. Dr. Esra Akdeniz ve Prof. Dr. Mehmet Sargın'a,*

Birlikte uyum ve huzur içinde çalıştığım, tezimde hiçbir yardım ve desteği esirgemeyen *Uzm. Dr. Burcu Doğanç'a,*

Çalışma verilerimin toplanmasında yardımcı olan *tüm katılımcılara ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma,*

Bu tezin hazırlanmasında ve tüm hayatım boyunca bana büyük destek olan, her zaman yanımda olan sevgili *eşime ve aileme teşekkür ederim.*

Berna Terzioğlu Bebitoğlu

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ i
TABLO LİSTESİ ii
ŞEKİL LİSTESİ v
1. ÖZET 1
2. SUMMARY 2
3. GİRİŞ ve AMAÇ 3
4. GENEL BİLGİLER 7
4.1. Dünyada Tıp Eğitiminin Yönü 7
4.1.1. Güncel eğitim yaklaşımları: Çıktıya ve göreve dayalı tıp eğitimi 8
4.2. Türkiye'de Tıp Eğitimi 9
4.2.1. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi 10
4.2.2. Türkiye'de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 11
4.3. Tedavi Planlama ve Düzenleme 12
4.3.1. Akılcı ilaç kullanımı 13
4.3.2. Akılcı reçete yazma 15
4.4. Dayandığı Teoriler ve Modeller 20
4.4.1. Tedavi planlama yeterliliğine ilişkin öğrenme 20
4.4.2. Klinik Karar Verme ve Tedavi Planlama 24
4.5. İlgili Araştırmalar 34
4.5.1. Genel olarak alınan eğitime ve mezun yeterliklerine ilişkin araştırmalar 34
4.5.2. Tedavi planlama ile ilgili araştırmalar 36
5. GEREÇ ve YÖNTEM 41
5.1. Araştırmanın Tasarımı 41
5.1.1. Araştırma deseni 41
5.1.2. Evreni ve örneklemi 43
5.1.3. Katılımcılar 44
5.2. Araştırma Süreci 46
5.3. Veri Türleri ve Verilerin Toplanması 47
5.3.1. Uzmanlık öğrencilerinin tedavi planına ilişkin yeterlik algıları 47
5.3.2. Birebir derinlemesine görüşme 48
5.4. Verilerin İşlenmesi ve Analizler 48
5.4.1. Nicel verilerin işlenmesi ve analizi 48
5.4.2. Nitel verilerin analizi 48
6. BULGULAR 50

6.1. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencileri Ulusal ÇEP'de TT ile Kodlanan Hastalıkların Tedavi Planlarına İlişkin Yeterlilik Algıları 50
6.1.1. Katılımcı özellikleri ... 50
6.1.2. İlaç tedavisi planlama ... 50
6.1.3. İlaç-dışı tedavi planlama ... 84
6.1.4. Tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme ... 120
6.1.5. Türkiye'de en sık rastlanan başlıca hastalıkların değerlendirilmesi ... 137
6.2. Tedavi Planlama ve Yürütme Süreçlerine İlişkin Bireysel Deneyimler ve Deneyimleri Etkileyen Faktörler 139
6.2.1. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri ... 141
6.2.2. Aile Hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri. 157
6.2.3. İntörn hekimlerin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri ... 178
7. TARTIŞMA ve SONUÇ ... 190
7.1. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Tedavi Planlama ve Yönetimi ile İlişkili Yeterlikleri 190
7.2. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencileri ve Eğiticileri ile İntörn Öğrencilerin Tedavi Planlama ve Yönetimi ile İlişkili Deneyimleri 199
7.3. Güçlü Yönler ve Kısıtlılıklar 209
7.4. Sonuç ve Öneriler 210
8. KAYNAKLAR ... 213
9. ÖZGEÇMİŞ ... 227
10. BİLİMSEL FAALİYETLER ... 227
11. EKLER ... 229
Ek 1 Etik Kurul Kararı 229
Ek 2 Tedavi Planlamaya İlişkin Yeterlik Algısı Anketi 230
Ek 3. Birebir Derinlemesine Görüşme Soruları 234

KISALTMALAR LİSTESİ

AİR	:	Advers ilaç reaksiyonu
ASM	:	Aile sağlığı merkezi
Ç/YDE		Çıktıya/yeterliğe dayalı eğitim
CanMEDS	:	Uzmanlar için Kanada Tıp Eğitimi Yönergeleri (Canadian Medical Education Directions for Specialists)
DM		Diabetes mellitus
DSÖ		Dünya Sağlık Örgütü
EAH	:	Eğitim ve araştırma hastanesi
E-ASM	:	Eğitim aile sağlığı merkezleri
GDE	:	Göreve dayalı eğitim
GMC	:	Genel Tıp Konseyi (General Medical Council)
KOAH		Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
TT		Tanı-Tedavi
TUKMOS		Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
Ulusal ÇEP		Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
WONCA		Dünya Aile Hekimleri Örgütü

TABLO LİSTESİ

Sayfa Numarası

Tablo 1. Yönetimsel senaryolar ile hastalık senaryolarının karşılaştırılması 31

Tablo 2. Tedavi planına yönelik yeterlik algıları anketine katılan uzmanlık öğrenci sayıları 45

Tablo 3. Niteliksel görüşmeye katılan uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerinin sayı dağılımları . 46

Tablo 4. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin duyu sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları 52

Tablo 5. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin solunum sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları 54

Tablo 6. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları 58

Tablo 7. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları..... 62

Tablo 8. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları..... 65

Tablo 9. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları..... 70

Tablo 10. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sinir sistem ve davranışa ilişkin hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları..... 72

Tablo 11. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları..... 74

Tablo 12. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları 77

Tablo 13a. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 85

Tablo 13b. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri……...86

Tablo 14a. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 88

Tablo 14b. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 90

Tablo 15a. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 93

Tablo 15b. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri…… 95

Tablo 16a. Uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri..... 97

Tablo 16b. Uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri……99

Tablo 17a. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 101

Tablo 17b. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri…… 103

Tablo 18a. Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 105

Tablo 18b. Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri…….……106

Tablo 19a. Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi, davranış hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri 107

Tablo 19b. Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi, davranış hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri…… 108

Tablo 20a. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri..... 109

Tablo 20b. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri ……111

Tablo 21a. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri 112

Tablo 21b. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri…….. 116

Tablo 22. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 121

Tablo 23. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 122

Tablo 24. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 124

Tablo 25. Uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 126

Tablo 26. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 128

Tablo 27. Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 130

Tablo 28. Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi, davranış ile ilişkili hastalıklarda tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 131

Tablo 29. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 132

Tablo 30. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarda tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 133

Tablo 31. Katılımcıların özellikleri 141

Tablo 32. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama deneyimlerine ilişkin ana tema ve alt temalar 142

Tablo 33. Katılımcıların özellikleri 158

Tablo 34. Aile hekimliği eğiticileri niteliksel analiz sonucu ulaşılan ana tema ve alt temalar 159

Tablo 35. Katılımcıların Özellikleri 179

Tablo 36. Ana tema ve alt temalar 179

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Şekil 1. Düşünümsel bağlamsal öğrenme ve üçlü düşünüm 24

Şekil 2. Düşünümsel bağlamsal deneyim ve tedavi planlamanın/yönetiminin kavramsal ve kuramsal çerçevesi 34

Şekil 3. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uygun ilaç seçimi ve reçeteleme yeterlik algıları (mavi: yetersiz; yeşil: kısmen; kırmızı: yeterli) 51

Şekil 4. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ilaç dışı tedavi planlamaya ilişkin yeterlik algıları 84

Şekil 5. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları 120

Şekil 6a. Uzmanlık öğrencilerinin sık görülen hastalıkların tedavi planlamalarına ilişkin mezuniyet anındaki yeterlik algıları 138

Şekil 6b. Uzmanlık öğrencilerinin sık görülen hastalıkların tedavi planlamalarına ilişkin mezuniyet anındaki yeterlik algıları 138

Şekil 7. Katılımcıların tedavi planlama yaklaşımına ilişkin genel çerçeve 140

Şekil 8. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama yaklaşımının oluşmasında belirleyici olan durumlar 142

Şekil 9. Aile hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama yaklaşımının oluşumunda belirleyici olan durumlar 159

Şekil 10. İntörn hekimlerde tedavi planlama yaklaşımının oluşumunda belirleyici olan durumlar 180

1. ÖZET

Tezin başlığı: Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Ulusal Çekirdek Eğitim Programında Sıralanan Hastalıkların Tedavisini Planlamaya İlişkin Yeterlikleri Ve Bu Yöndeki Öğrenci Eğitici Deneyimleri
Öğrencinin Adı Soyadı: Berna Terzioğlu Bebitoğlu
Danışmanın Adı Soyadı: Prof. Dr. Mehmet Ali Gülpınar
Programın Adı: Tıp Eğitimi Doktora Programı

Amaç: Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ulusal Çekirdek Eğitim Programında (Ulusal ÇEP) tanı-tedavi ile kodlu hastalıkların tedavi planlarına ilişkin yeterliklerinin ve tarafların yaşadıkları deneyimlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Karma desenli araştırma Türkiye'nin her coğrafi bölgesinden seçilen birer tıp fakültesindeki Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri ve eğiticileriyle yapılmıştır. Öğrenciler Ulusal ÇEP'deki 59 hastalık için "uygun ilaç seçimi", "reçeteleme", "ilaç dışı tedavi planlama" ve "tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme" yeterlikleri açısından tıp fakültesinden mezuniyet anında ve uzmanlık eğitimlerinin devam ettiği şu anda kendilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Yine öğrenci ve eğiticilerle birebir derinlemesine görüşmeler yapılarak tedavi planlama sürecine ilişkin deneyimlerin bağlamsal analizleriyle temalar oluşturulmuştur.

Bulgular: Tıp fakültesinden mezun olduklarında tedavi planlama/yönetimi ile ilgili kendilerini yeterli hisseden Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencilerinin oranı çok düşük çıkmış; bu oran uzmanlık eğitimiyle belli bir oranda artmış olmakla birlikte kabul edilebilir orana çıkılamadığı görülmüştür. Bağlamsal nitel analiz sonuçları tedavi planlama/yönetimi sürecinin, kanıta dayalı bir yaklaşımla gerçekleşen "en uygun ilacı seçme ve uygulama" ile sınırlı olmadığını göstermiş; sürecin insani ve etkin karşılaşmalar, etkili iletişim ve birlikte karar verme ile yürüyen ve içinde yaşandığı bağlamsal unsurlarca (sistem, kurum, toplum, kültür, ortam, iklim) belirlenen bağlamsal bir süreç olarak ele alınması gerekliliğine işaret etmiştir.

Sonuç: Ulusal ÇEP ile çizilen çerçeve esas alınarak altı yıllık tıp eğitimi ve Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi programlarının bir arada ele alınarak akılcı tedavi planlama/yönetimi odağında gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması; tedavi planlama/yönetimi ile karar vermenin "bağlamsal birlikte-yönetim ve karar verme" (contextual co-management and -decision making) şeklinde yeniden kavramlaştırarak klinik eğitim ve sağlık bakım deneyimlerinin bu yaklaşım çerçevesinde yürütülmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ulusal çekirdek eğitim programı, çıktıya/yeterliğe dayalı eğitim, akılcı ilaç kullanımı, tedavi planlama/yönetimi

2. SUMMARY

Title of Thesis: Competencies of Family Medicine Residency Students In Planning The Treatment of Diseases Listed In National Core Curriculum and Student Trainer Experiences In This Context
Student Name, Surname: Berna Terzioğlu Bebitoğlu
Supervisor Name: Prof. Dr. Mehmet Ali Gülpınar
Program Name: Medical Education PhD Program

Objective: It was aimed to determine the competencies of Family Medicine residency students regarding the treatment planning of diseases coded with diagnosis-treatment in the "National Core Education Programme" (National CEP) and the experiences of the parties.

Materials and Methods: The mixed-method research was conducted with Family Medicine residency students and educators from one medical school selected from each geographical region of Turkey. Students were asked to assess themselves at the time of graduation from medical school and currently during their residency training, in terms of "appropriate drug selection", "prescribing", "non-drug treatment planning" and "processing treatment management and giving information" competencies for 59 diseases in the National CEP. Also, in-depth interviews were conducted with students and educators, and themes were created through contextual analysis of experiences regarding the treatment planning process.

Results: The rate of Family Medicine residency students who felt competent in treatment planning/management when they graduated from medical school was very low; although this rate increased to a certain extent with residency training, it could not reach an acceptable rate. Contextual qualitative analysis results showed that treatment planning/management process is not limited to "selecting and applying the most appropriate drug" with an evidence-based approach; it pointed out that the process should be considered as a contextual process that proceeds with humane and effective encounters, effective communication and joint decision-making, and that it is determined by the contextual elements (system, institution, society, culture, environment, climate) in which it occurs.

Conclusion: It is important to review and reconstruct the six-year medical education and Family Medicine residency training programs, based on the framework drawn by the National CEP, focusing on rational treatment planning/management; to reconceptualize treatment planning/management and decision making as "contextual co-management and decision making" and to conduct clinical education and health care experiences within this framework.

Keywords: National core curriculum, output/competency based education, rational drug use, treatment planning/management

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada, son dönem tıp eğitiminde öne çıkan eğitim yaklaşımları, göreve dayalı eğitim (GDE) ve çıktıya/yeterliğe dayalı eğitim (Ç/YDE)'dir. Bu yaklaşımlar çerçevesinde, uluslararası, ulusal ve kurumsal düzeylerde hazırlanan çekirdek/çerçeve eğitim programıyla mezunun yerine götüreceği çekirdek görevler ve yöneteceğini problemler/durumlar ile bunları 21. yy'da aranan nitelikte yapabilmesi için kazanması gereken yeterlikler belirlenmektedir. Ülkemizde yürürlükte olan Mezuniyet Öncesi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (Ulusal ÇEP) ve Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) - Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programları bu kapsamda geliştirilen programlardır. Bu programlarla, ulusal düzeyde çerçevesi çizilen hususlardan birisi çekirdek hastalıklar ve klinik problemlerdir. Bu kapsamda mezunun yönetmesi gereken hatalıklar/problemler performans düzeyleri ile birlikte belirlenmiştir ve belirlenen performans düzeylerinden birisi tedaviyi planlamadır.

Tedavi planlamanın, kanıta dayalı, akılcı ilaç kullanımı yaklaşımıyla ele alınması önemlidir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı ve uygun olmayan tedavi planlamaları küresel bir sorundur (WHO, 2004). Bu durumun birçok nedeni vardır. Tedavi planlama ve reçeteleme sürecinden sorumlu hekimlerin bu konudaki yeterlik düzeyleri ile tedavi karar süreçleri üzerinde etkili olan diğer faktörler bu durumu etkilemektedir. Tıp fakültesi mezunlarının reçetelenen ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerine ilişkin temel bilgilerindeki yetersizliklerinin yanısıra tedavi planlamaya yönelik yeterliklerinin hedeflenen düzeyde olmaması sorunu çok boyutlu ve faktörlü bağlam bağımlı bir süreç olarak ele almayı gerektirmektedir.

Dünyada birinci basamak sağlık bakım süreçlerinde ve diğer basamaklarda deneyimli hekimlerin tedaviyi planlama süreçlerine etki eden faktörleri belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalarda hasta özellikleri (istekler, beklentiler, uyumları), ilaç pazarlama stratejileri, hekimin kişisel özellikleri ve uygulama ortamının karar verme sürecinde rol oynadığını belirlenmiştir (Bradley ve ark., 1991; Miller, 1973; Miller, 1974; Lexchin, 1993). Ayrıca, hekimler ve eczacılar arasındaki zayıf işbirliği, uygun olmayan reçetelemeden sorumlu bir diğer önemli faktör olarak belirlenmiştir. Ancak tedavi süreçlerini tüm boyutlarıyla ortaya koymak için bu araştırmalar yeterli değildir. Mezunların tedavi planlama ve reçeteleme ile ilgili kendilerini yetersiz hissettikleri literatürde tanımlanmış olmakla birlikte, bu yetersizliklerin özellikle hangi alanlarda olduğu, farklı eğitimin düzeylerinde hedeflenen kazanımlara hangi oranda ulaşılabildiği ve bunların altında yatan faktörlerin neler olduğuna ilişkin yeterince kanıt ortaya çıkmamıştır (Groves ve ark., 2010; Theodorou ve ark., 2009; Schumock ve ark., 2004;

Grant ve ark., 2013). Potansiyel faktörlerin tedavi planına pratik yansımaları tam olarak açıklanmamış; bu faktörlerin ve hekimlerin reçete yazma davranışını iyileştirmek için gereken optimal yaklaşımların anlaşılması eksik kalmıştır. Bu nedenle özellikle boyutlar ve faktörler arası etkileşimleriyle büyük resmin ve bu resimdeki bireysel yaklaşımlara, tutum ve davranışlara ilişkin spesifik örüntülerin, resimlerin / senaryoların nicel ve / veya nitel desenli araştırmalarla daha açık bir şekilde ortaya konması gerekmektedir.

Akılcı ilaç kullanımını ve akılcı reçetelemeyi teşvik etme için hem hastaların hem de hekimlerin davranışlarını değiştirmek için çeşitli stratejiler mevcuttur. Bu stratejiler genel olarak hedefe yönelik veya sistem odaklı yaklaşımlar olarak gruplandırılmaktadır (MSH, 2012). Hedefli yaklaşımlar eğitimsel ve yönetsel müdahaleleri içerirken, sistem odaklı stratejiler ekonomik boyut dâhil olmak üzere düzenleyici müdahaleleri kapsar (MSH, 2012; Hogerzeil, 1995). Eğitimsel müdahaleler genellikle ikna etmeyi veya bilgilendirmeyi amaçlar ve basılı materyallerin, seminerlerin veya yüz yüze temasların kullanımını içerir (Kamarudin ve ark., 2013). Uygulanabilen yönetimsel müdahaleler arasında ise izleme-takip, gözetim ve geri bildirim, kısıtlayıcı bir ilaç listesinin kullanılması, ilaç kullanımının gözden geçirilmesi veya yapılandırılmış reçete formlarının kullanılması yer alır. Bazı araştırmacılara göre eğitimsel müdahalelerin reçeteyi yazan hekimin bilgi ve farkındalığını etkileyebileceğini, ancak diğer stratejilerle birlikte kullanılmadığı sürece davranışlarını değiştirmedeki etkinliğinin orta düzeyde kaldığı belirtilmektedirler (Wettermark ve ark., 2009). Yine, yönetim stratejileri esas olarak uygulamaya rehberlik etmeyi amaçlamadığı için sorunun çözümünde yetersiz kalabilmektedir.

Karşılaşılan bu küresel problemle daha etkin baş edebilmek için genelde klinik karar verme daha özelde tedavi planlamaya ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçevenin, teori ve modellerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Model senaryolar teorisi (Script theory) genel olarak klinik karar verme süreçleri bağlamında ele alınmış ve yeterli olmasa da bu yönde araştırmalar yapılmıştır. Bu teori tedavi planları, tedaviye ilişkin akıl yürütme ve karar verme süreçlerinde de kullanılabilecek potansiyele sahiptir. Ancak literatürde bu yönde yapılan araştırma sınırlıdır. Dolayısıyla, kavramsal / kuramsal çerçeve olarak model senaryolar teorisinin temel alındığı, nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı karma desenli bu araştırma literatüre bu yönde önemli kanıtlar sunabilecektir. Dünya genelinde gerçekleştirilecek benzer araştırmalarla model senaryolar teorisinin tedavi planı bağlamında gelişimi mümkün olabilecektir. Yine bu teorinin tüm bileşenleriyle ortaya konması ile gerek sağlık hizmet sunumunda gerekse klinik eğitimde kullanılmak üzere tedavi planına ilişkin uygulamaya yönelik daha somut modeller

geliştirilebilecektir. Tedavi planında küresel ölçekte yaşanan önemli bir probleme özgün cevaplar oluşturabilecektir.

Karma desenli bu tez, nicel ve nitel bileşenleriyle gerek tedavi planına ilişkin büyük resmin spesifik senaryoları ile birlikte çok yönlü ve faktörlü olarak ortaya konması gerekse model senaryolar teorisinin tedavi planlama bağlamında gelişimi noktasında özgün katkı sunabilecek bir kapsama sahiptir. Türkiye'de yedi bölgeden seçilen yedi tıp fakültesinin katılımıyla yürütülen bu tez çalışması ile Aile Hekimliği uzmanlık eğitimlerine devam eden öğrencilerinin "Ulusal ÇEP"de tanı-tedavi (TT) ile kodlanan hastalıkların tedavi planları konusundaki yeterliklerinin belirlenmesi ve hem uzmanlık öğrencilerin hem de eğiticilerinin tedavi süreçlerine ilişkin bireysel deneyimlerinin derinlemesine irdelemesi hedeflenmiştir. Ayrıca öğrencilerle ortak öğrenme ortamlarını paylaşan eğiticilerin klinik karar verme, tedavi planlama ve eğitime ilişkin görüş ve deneyimlerinin bu araştırmada yer alması konun daha iyi anlaşılmasına, eğitim programlarının bu yönde değerlendirilmesi ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu kapsamda tez çalışmasının iki amacı bulunmaktadır: (1) Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama / yönetimine ilişkin gelişim süreçlerinin belirlenmesi, (2) öğrencilerin ve eğiticilerinin bu süreçlere yönelik bireysel deneyimlerinin derinlemesine irdelenmesi. Bu amaçlar doğrultusunda araştırma problemleri şu şekilde belirlenmiştir:

Araştırma soruları:

Araştırma sorusu 1: Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı – 2014 ve 2020'de tanı-tedavi ile kodlanan hastalıkların tedavi planları konusunda kendilerini ne kadar yeterli hissetmektedirler?

Alt sorular:

1. İlaç tedavisi planlama konusunda ne kadar yeterli hissediyorlar?
    i. Uygun ilaç seçimi
    ii. Reçeteleme (ilacın dozu, ilaç kullanım sıklığı, farmasötik şeklinde bulunan etken madde miktarı, ilaç uygulama yolu, farmasötik şekil, ilacın advers etkileri ve potansiyel etkileşimleri, tedavi süresi, talimatlar)
2. İlaç-dışı tedavi planlama ve önerilerde bulunmada ne kadar yeterli hissediyorlar?
3. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin ilaç ve ilaç dışı tedavi planlarına ilişkin yeterlik algıları eğitimlerinin birinci, ikinci ve üçüncü yılında nasıl ve ne yönde değişmektedir?
4. Tedavi planlamaya ilişkin bu gelişim tam olarak eğitimin hangi aşamasında Ulusal ÇEP ile hedeflenen performans düzeyine çıkmaktadır?

Araştırma sorusu 2: Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çekirdek hastalıklarla ilgili tedavi planlama ve yürütme süreçlerine ilişkin bireysel deneyimleri, bu deneyimleri etkileyen faktörler ve bu deneyimlerle oluşturdukları zihinsel örüntüler / senaryolar nelerdir?

Alt sorular:

1. Reçeteleme süreci ile ilgili deneyimler ve bu deneyimleri etkileyen faktörler nelerdir?
2. Tedavi planlama ve yürütme süreçlerinde hastaya ilişkin faktörler (hastanın geçmiş hikâyesi, eşlik eden hastalıkları, önceki hastalıkları, kullanmakta olduğu diğer ilaçlar, bitkisel ürün kullanımı, alerji durumu, hastanın ilaç tercihi, hastalık ciddiyeti, gebelik durumu) hangi oranda dikkate alınmaktadır? Bu süreçte sergilenen davranış kalıplarında belirleyici olan faktörler nelerdir?
3. Bu süreçte sağlık sistemi ilgili parametreleri (sağlık sistemi, sosyal güvenlik durumu, ücretli hasta, hastane politikası, ilaç endüstrisi tanıtımı) ne kadar dikkate alınmaktadır?
4. Süreçte belirleyici olan faktörler ile sergilenen tutum ve davranış kalıpları / örüntüleri kendi aralarında nasıl gruplandırılabilir?

Araştırma sorusu 3: Aile hekimliği uzmanlık eğitimine katılan eğiticilerin tedavi planlama ve yürütme süreçlerine ilişkin bireysel deneyimleri, bu deneyimleri etkileyen faktörler ve bu deneyimlerle oluşturdukları zihinsel örüntüler / senaryolar nelerdir?

Alt sorular:

1. Reçeteleme süreci ile ilgili deneyimler ve bu deneyimleri etkileyen faktörler nelerdir.
2. Tedavi planlama ve yürütme süreçlerinde hastaya ilişkin faktörler hangi oranda dikkate alınmaktadır? Bu süreçte sergilenen davranış kalıpları belirleyici olan faktörler nelerdir?
3. Bu süreçte sağlık sistemi ilgili parametreleri ne kadar dikkate alınmaktadır?
4. Süreçte belirleyici olan faktörler ile sergilenen tutum ve davranış kalıpları / örüntüleri kendi aralarında nasıl gruplandırılabilir?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dünyada Tıp Eğitiminin Yönü

Dünyada tıp eğitiminde önemli noktalardan birisi mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminin standardizasyonudur. Bu yönde uluslararası, ulusal ve kurumsal düzeylerde çeşitli çabalar söz konusudur. Tıp eğitiminde uluslararası standartları tanımlayan kuruluşlardan birisi Dünya Tıp Eğitimi Federasyonudur. Bu kuruluşun mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler ile sürekli mesleki gelişim için hazırladığı ve düzenli olarak revize ettiği standartlar mevcuttur (Continuing Professional Development of Medical Doctors WFME, 2015; Basic Medical Education WFME, 2020; WFME Global Standards for Quality Improvement in PGME, 2023). Bunun dışında ulusal düzeyde mezuniyet öncesi için ve uzmanlık dernekleri düzeyinde uzmanlık eğitimleri için çok sayıda çerçeve program sözkonusudur. Birleşik Krallık'da (General Medical Council, GMC)" (2018) tarafından yayınlanan "Outcomes for graduates" isimli dökümanda mezunların yeterliklerinin çerçevesi tanımlanmıştır. Yine GMC (2024) tarafından yayınlanan "Good medical practice" isimli kılavuzda tıp profesyonellerinden beklenen bakım ve mesleki davranış ilkeleri, değerleri ve standartları belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Accreditation Council for Graduate Medical Education" (2020) isimli kuruluş tarafından "Milestones Guidebook for Residents and Fellows" yayınlanarak mezuniyet sonrası eğitim standartları oluşturulmuştur. Bu programlarla nitelikli eğitim programları geliştirilmesi amacıyla tıp eğitimindeki tüm tarafların yararlanabileceği bir mekanizmanın kurulması amacıyla eğitim programının, öğrenme yöntemlerinin, beklenen öğrenme çıktılarının ve değerlendirmenin tutarlı bir çerçevesini sunan standartlar tanımlanmıştır. Tıp eğitimi süreçlerinde yerel bağlam ve ihtiyaçlardaki çeşitliliğin de dikkate alınarak belirlenen uluslararası ve ulusal standartlar doğrultusunda tıpta ve tıp eğitiminde meydana gelen hızlı değişikliklere uygun cevaplar verilmesi önemlidir. Çıktıya dayalı eğitim yaklaşımlarıyla eğitim çıktılarına ilişkin standartların geliştirilmesi, eğiticileri ve kurumları yalnızca şu anda yapmakta olduklarını daha iyi yapmaya değil, aynı zamanda iletişim becerileri, takım çalışması ve kişisel gelişim vb. gibi önceden göz ardı edilen yönleri de hesaba katarak çağın ihtiyaç ve beklentilerine uygun mezunlar yetiştirmeye teşvik edecektir. Bu tür standartlar, öğrencilerin mezun olmaları veya lisansüstü eğitimlerini tatmin edici bir şekilde tamamlamaları kapsamında ne kadar yetkin olmaları gerektiği noktasında ölçütleri herkes için açık kılacaktır (Lilley ve Harden, 2003).

4.1.1. Güncel eğitim yaklaşımları: Çıktıya ve göreve dayalı tıp eğitimi

Günümüzde tıp eğitiminde genel yaklaşım eğitim çıktılarına ve göreve odaklıdır (Harden ve ark., 1999; Harden ve ark., 2000; Davis 2003). Her ne kadar son zamanlarda çıktılara dayalı yaklaşıma yönelik eleştirel değerlendirmeler yapılıyor olsa ve çıktıların yanısıra süreç ve bağlamı da dikkate alan daha geniş bir çerçeve tartışmaya açılmış olsa da uygulamada çıktılara dayalı eğitim yaklaşımı hakimiyetini devam ettirmektedir (Gülpınar ve ark., 2021; Schrewe ve ark., 2018; Holmboe ve ark. 2017; Holmboe ve Batalden, 2015). Bu yaklaşımlar çerçevesinde mezunların eğitimleri süresince kazanmaları beklenen yeterlikler kurumsal, ulusal ve uluslararası düzeylerde tanımlanmaktadır. Temel tıp yeterlilikleri odağında eğitimlerini sürdüren tıp fakültelerinde nitelikli hekimlerin kazanması gereken yeterlikleri ortaya koymak için hazırlanan rehber niteliğinde yayınlanan belgelerle şunlar sağlanmaktadır: (1) öğrencilere tıp fakültesinde geçirdikleri süre boyunca öğrenmeleri gerekenler hakkında kılavuzluk sağlama, (2) tıp fakültelerine eğitim programlarını geliştirmeleri için genel çerçeve sunma. Birleşik Krallık'da GMC tarafından hazırlanan rehberde örneğin "Mesleki değerler ve davranışlar" başlıklı çıktılar kapsamında "Yasal sorumluluklar", "Hasta güvenliği ve kalitenin iyileştirilmesi", "Karmaşıklık ve belirsizlikle başa çıkmak" gibi hususlarda yeterlilikler belirlenmiştir. "Profesyonel yetenekler" başlıklı çıktılar kapsamında "Teşhis ve tıbbi tedavi", "İlaçları güvenli reçete etmek", "Bilgiyi etkili şekilde kullanmak" gibi yeterlik alanları; "Profesyonel bilgi" başlıklı çıktılar kapsamında ise "Psikolojik ilkeleri uygulamak", "Sosyal bilim ilkelerini uygulamak" vb. hususlarda yeterlikler tanımlanmıştır (GMC, 2018). Yine bu kapsamda, "Kanada Doktorlar ve Cerrahlar Kraliyet Koleji (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)" (2015) tarafından yayınlanan rehber (Canadian Medical Education Directions for Specialists, CanMEDS)", tıp eğitimini geliştirerek hasta bakımını iyileştirmeye yönelik bir diğer çerçeve plandır. 1990'larda geliştirilen bu programın temel amacı, tıbbi uygulamanın tüm alanları için gerekli yeterlilikleri tanımlamak ve Kanada'da tıp eğitimi ve uygulaması için kapsamlı bir temel dayanak sağlamaktır. Bu şema, yedi CanMEDS rolü tanımlamaktadır ve bunların ara bağlantılarını göstermektedir; tıbbi uzman (bütünleştirici rol), iletişimci, işbirlikçi, lider, sağlık savunucusu, akademisyen, profesyonel (CanMEDS 2015). Ayrıca Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tarafından 2020'de güncellenen programla (Basic Medical Education WFME Global Standards 2020) tıp fakülteside öğrencilerinin öğrenmesini, refahı ve başarısını kolaylaştırmak için sağlaması beklenen tüm süreç ve etkinliklerin tümünü şu sekiz alanda standartlar olarak belirlenmiştir: misyon ve değerler, müfredat, değerlendirme, öğrenciler, akademik personel, eğitim kaynakları, kalite güvencesi ile yönetim ve idare (WFME, 2020).

Eğitim kurumlarında uygulanan eğitim programları, yukarıdan aşağıya yaklaşımla, tanımlanan bu yeterlikler üzerinden geliştirilmekte, eğitim içeriği, öğrenme ve değerlendirme yöntemleri bu doğrultuda seçilmektedir (Newble ve ark., 2005). Bu şekilde çıktı dayalı yaklaşımla eğitim programının içeriğinin daha odaklı ve yönetilebilir olması sağlanmaktadır. Özellikle öğrencinin mezuniyet sonrası görev ve yeterliklerine odaklanılarak, eğitim programının meslek hayatında karşılaşacakları sorunlar üzerinden yapılandırılması yoluna gidilmektedir.

Dünyada tıp eğitiminde hâkim olan bir diğer yaklaşım göreve ve probleme dayalı eğitim yaklaşımlarıdır. Bu kapsamda mezunların yönetmesi gereken problemler ve durumlar ile yerine getirmesi gereken çekirdek görevler, performans düzeyleriyle birlikte belirlenmektedir. Göreve dayalı öğrenme, tıpta üstlenilen çekirdek görevleri odağına alır. Eğitim programının dikey entegrasyonunu kolaylaştırarak ilk yıllarındaki teorik bilginin pratik uygulamaya daha kolay transferini sağlar ve sonraki aşamalarda temel bilimlere ilişkin bilginin sürdürülmesini kolaylaştırır. Probleme dayalı eğitim ise, öğrenme süreçleri belirlenen çekirdek problemler üzerinden planlar ve yürütür. Bununla, mezun yeterliliklerin edinilmesi kolaylaşır, öğrenmede derinleşme sağlanır ve yaşam boyu öğrenim/gelişim için bir zemin hazırlanır (Davis ve Harden, 1999; Harden ve ark., 1996; Newble ve ark., 2005).

4.2. Türkiye'de Tıp Eğitimi

Benzer bir süreç 2000'li yıllardan bu yana ülkemizde de yaşanmaktadır. Bu süreçte hem Tıp Dekanları Konseyi bünyesinde mezuniyet öncesi eğitim hem de TUKMOS ile uzmanlık eğitimleri için ulusal ölçekli standardizasyonlar gerçekleştirilmektedir (TUK, 2022; Ulusal ÇEP-2020; Gülpınar, 2011; Gülpınar ve ark., 2018). Ülke genelinde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde çıktıya ve göreve dayalı eğitim yaklaşımları bağlamında yeniden yapılandırmalara ve belli aralıklarla güncellemelere gidilmektedir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık bakım hizmeti tıp fakültesi mezunu pratisyen hekimler ile aile hekimi uzmanlık öğrencileri ve mezunları tarafından verilmektedir. Dolayısıyla birinci basamak şartlarında, belirlenen çekirdek hastalıkların ve klinik problemlerin tedavilerini planlamaya yönelik yeterliklerin mezuniyet öncesi tıp eğitimi kadar aile hekimliği uzmanlık eğitiminin de konusudur. Bu nedenle, tez çalışması söz konusu yeterliğin bu eğitim dönemlerinin hangi aşamalarında hangi düzeylerde kazanıldığını belirleyecek şekilde tasarlanmıştır. Bununla, dolaylı da olsa, mezuniyet öncesi tıp eğitimin bu yöndeki kazanımlar için ne kadar yeterli olduğu sorusuna da cevap aranmıştır.

Ülkemizde altı yıllık mezuniyet öncesi tıp eğitiminde son yıl aile hekimliği dönemidir. Bu dönem için ayrıca bir aylık aile hekimliği staj programı tanımlanmıştır. Bazı fakültelerde bunun

dışında klinik eğitimin iki yıllık ilk döneminde de Aile Hekimliği Anabilim Dallarının dâhil olduğu staj programları bulunmaktadır (Durmaz ve Turan, 2021). Ancak tıp fakültelerinde son yıldaki eğitim programlarının ne kadar birinci basamak çerçevesinde planlandığı ve yürütüldüğü tartışmalıdır. Yine genel olarak üç yıllık klinik eğitim programının bu yönde ne kadar yeterli olduğu bir diğer tartışma konusudur. Yapılan çalışmalarda tıp fakültesi mezunlarının yeterliklerine ilişkin önemli eksiklikler tartışılmakla birlikte aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ile bunların tamamlanabileceği öngörülmektedir. Ancak gerçek hayatta hangi aşamada eksiklerin tamamlandığı, eksiklerin gerçekten tamamlanıp tamamlanmadığı sorularına yönelik literatürde bilgi bulunmamaktadır. Bu tez çalışması tedavi planlama odağında bu sorunun cevabını aramak üzere yapılmıştır.

4.2.1. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi

4.2.1.1. Ulusal çekirdek eğitim programı

Tıp Dekanları Bünyesinde oluşturulan çalışma gruplarıyla hazırlanan ve Yüksek Öğrenim Kurulunun onayı ile uygulamaya konan "Ulusal Çekirdek Eğitim Programı" ülkemizde tıp fakültelerine kendi eğitim programları geliştirmek için ulusal bir çerçeve sunmaktadır (Gülpınar, 2018). Ülke genelinde, tıp eğitiminin iyileştirilmesi ve ulusal düzeyde temel standartların oluşturulması için 2001 yılında başlanmış olan bu süreçte ilk program 2002 yılında hazırlanmıştır. Eğitim çıktıları ve göreve dayalı yaklaşım çerçevesinde 2014'de hazırlanan Ulusal ÇEP ile problemler ve görevler listesi (Semptomlar / durumlar listesi, çekirdek hastalıkları ve klinik problemler listesi, Temel hekimlik uygulamaları listesi) oluşturulmuş; öğrenme ve değerlendirme yöntemleri de dâhil olmak üzere eğitim süreçlerine ilişkin fakülteler için ulusal bir çerçeve oluşturulmuştur. Bu program 2020 yılında gözden geçirilerek güncellenmiş; bu üç listeye Davranışsal sosyal beşeri bilimler durumlar listesi ile Ulusal yetkinlik ve yeterlikler çerçevesi eklenmiştir (Gülpınar ve ark. 2018; Ulusal ÇEP 2020). Yüksek Öğretim Kurulu tarafından tüm tıp fakültelerine gönderilen yazı ile fakültelerin Ulusal ÇEP'e uygun olarak teorik ve pratik eğitimlerini uyumlaştırmaları istenmiştir. Mezunların özellikle birinci basamak düzeyinde kazanmaları beklenen yeterlikler, yönetmesi gereken problemler ve durumlar, yerine getirmesi gereken görevler, performans düzeyleriyle belirlenerek fakültelerdeki eğitim programlarına belirli bir standart getirilmeye çalışılmıştır.

Ülkemizdeki tıp eğitimine ilişkin ulusal çerçevenin çizildiği bu programın önemli bileşenlerinden birisi "Çekirdek Hastalıklar ve Klinik Problemler Listesi"dir. Bu liste ile tıp fakültesi mezununun birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yönetmesi gereken çekirdek hastalıklar ve klinik problemler, düzeyleri (tanı koyabilme, tedavi edebilme, izlem ve

kontrolünü yapabilmeleri ve korunma önlemlerini uygulayabilme) ile birlikte sıralanmıştır. Listelenen bu hastalık ve klinik problemle ilişkili performans düzeylerden birisi tanı koyabilme ve tedavi edebilme (TT)'dir. Yakın zamana kadar uygulamada olan Ulusal ÇEP-2014'de 55, yeni uygulamaya giren Ulusal ÇEP-2020'de ise 53 "TT" kodu alan hastalık ve klinik problem bulunmaktadır. Bu tez çalışmasında söz konusu iki programda yer alan bu hastalıklara / klinik problemlere yönelik tedavi planlamaya ilişkin yeterlik düzeyleri araştırılmıştır.

4.2.2. Türkiye'de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) "Avrupa genel pratisyenlik / aile hekimliği tanımına" (2023) göre, genel pratisyenlik / aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik faaliyeti olan ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bir klinik uzmanlık alanı olan akademik ve bilimsel bir disiplindir. Konsensus beyanı hem genel pratisyenlik / aile hekimliği disiplinini hem de aile hekiminin mesleki görevlerini tanımlamakta olup pratisyen hekimlerin ihtiyaç duyduğu temel yeterlilikleri de açıklamaktadır. Akademik disiplinin temel unsurlarını belirtmekle birlikte hasta bakımının en yüksek kalitede ve aynı zamanda uygun maliyetli olması için Avrupa'daki aile hekimlerinin 21. yüzyılda nüfusun sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hastalara hizmet konusunda neler sağlaması gerektiği konusunda güvenilir bir görüş sağlamaktadır.

Ülkemizde Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmet sunumu çerçevesinde bir uzmanlık dalı olup bu alanda uzmanlık eğitimi verilmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gören TUKMOS'a göre "Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Müfredatı" (2019) oluşturulmuş ve eğitim sürecinin yürütüldüğü yerler belirlenmiştir. Eğitimler, aile hekimliği anabilim dalı, eğitim ve araştırma hastanesi (EAH) aile hekimliği klinikleri, aile hekimliği anabilim dalı poliklinikleri, EAH Aile Hekimliği poliklinikleri, eğitim aile sağlığı merkezleri (E-ASM), eğitim amaçlı iş birliği yapılan ASM'ler, evde sağlık hizmetleri ve huzur ve bakım evleridir. Uzmanlık eğitiminin sahada yapılması öngörülen kısmı genellikle üçüncü basamak hastanelerde, onlara bağlı semt polikliniklerinde ve E-ASM ile ASM'lerde yapılmaktadır (TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 2019).

Mevcut durumda ülkemizde uzmanlık eğitim süresi 36 ay olup bunun 18 ayı hastane rotasyonlarında, 18 ayı da Aile Hekimliği kliniğinde yapılmaktadır. Rotasyonlar; 4'er ay İç Hastalıkları ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 3 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1'er ay Acil Tıp, Göğüs Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Kardiyolojidir. 1 ay seçmeli rotasyonun Nöroloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon veya Genel Cerrahide yapılması şeklindedir.

4.3. Tedavi Planlama ve Düzenleme

Klinik karar vermenin önemli bir bileşeni tedavi planlama ve tedavi düzenlemedir. Tedavi planlama ve tedavi düzenleme, güvenli ve etkili bir şekilde reçete yazabilme, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde temel bir yeterlilik olarak tanımlanmıştır (Harding ve ark., 2010; Ulusal ÇEP-2014; Ulusal ÇEP-2020). Sağlık bakım hizmetlerindeki ihtiyaçlar temelinde belirlenen yeterlikler arasında özellikle güvenli reçete yazma ve akılcı tedavi düzenleme öğrenenlerin eğitimleri süresince kazanması gereken temel yeterliklerin başında gelmektedir. Sağlık bakım hizmetlerindeki tıbbi hatalar, alınan tüm önlemlere rağmen sıklıkla yapılmaktadır. Bu hatalar sıklık ve doğası bakımından incelendiğinde, hastaneye başvuran hastaların %9'undan fazlasında hastane içi istenmeyen (advers) olaylara yönelik hatalar nedeniyle olduğu belirlenmiştir (De Vries ve ark., 2008). İlaç kullanma sürecinin herhangi bir aşamasında olabilen hataların başında ise hastanede ve birinci basamakta gözlenen reçete hataları olduğu bildirilmiştir (Leape ve ark., 1995; Dean ve ark., 2002). Örneğin hastanedeki advers olayların %15,1'inini tedavi ile ilişkili hatalardan kaynaklandığı bildirilmiştir (De Vries ve ark., 2008).

İlaç hataları arasında reçete yazma hataları en önemli sorunlardandır. Klinik açıdan önemli kabul edilebilecek reçeteleme hatasının tanımı şöyle yapılmıştır: "tedavinin zamanında ve etkili olmasındaki olasılığı kasıtsız olarak anlamlı şekilde azaltması veya genel kabul görmüş uygulamalarla karşılaştırıldığında zarar riskinde bir artışa neden olması" (Dean ve ark., 2000). Bu tanım daha çok hatanın sonucuna yönelik olup fiili zarardan bağımsız olarak, tüm reçeteleme süreci boyunca meydana gelebilecek hataları dikkate almamaktadır. Reçete hataları, reçete yazma eylemiyle ilgili olanları kapsarken, reçete yazma hataları, hatalı tıbbi değerlendirme veya tedavi veya tedavinin izlenmesine ilişkin kararlardan kaynaklanan, akılcı olmayan reçete yazma, uygun olmayan reçete yazma, eksik reçete yazma, fazla reçete yazma ve etkisiz reçete yazma gibi bir çok bileşeni kapsar (Dean Franklin ve ark., 2005). Hatalar en aza indirildiğinde ve reçeteyi yazan kişi daha iyi reçete yazmak için aktif olarak çaba gösterdiğinde uygun reçeteleme sonuçları elde edilebilecektir.

Tedavi ile ilgili hatalara yol açan pek çok risk faktörünü belirlenmiştir. Bunlara arasında, hekimlerin çalışma ortamı, iş yükü, kendi hastalarına reçete yazıp yazmamaları, ekip içi iletişim, fiziksel ve zihinsel sağlık ve bilgi eksikliği yer almaktadır. Organizasyonel risk faktörleri arasında ise yetersiz eğitim, reçete yazmanın önemine ilişkin düşük algı / farkındalık, tıbbi ekibin hiyerarşik yapısı ve hataların öz farkındalığının olmaması gibi faktörler sıralanmıştır (Dean ve ark., 2002).

Reçete yazmayla ilgili tüm işlemler hata üreten adımlardır. Reçeteleme hatası, yanlış ilacın seçiminden, yanlış dozdan, yanlış uygulama yolundan ve yanlış tedavi sıklığı veya süresinden kaynaklanabileceği gibi; bireysel hasta veya hastanın özelliklerine göre uygunsuz veya hatalı reçete yazılmasından da kaynaklanabilir. Mevcut tedavi ihtiyacı, aynı zamanda belirli bir tedaviden kaynaklanan potansiyel zararın doğru değerlendirilmemiş olmasına da bağlı olabilir (Dean ve ark., 2002). En sık hatalar doz seçiminde meydana gelmekte ve tüm reçeteleme hatalarının %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır (Velo ve Minuz, 2009).

Yazım hatası ve el yazısının okunabilirliğinin düşük olması, kısaltmaların kullanılması veya reçetenin eksik yazılması (örneğin toplam solvent hacminin ve ilaç infüzyon süresinin atlanması) gibi durumlar sağlık personelinin yanlış yorumlamasına yol açabilir. Bu, ilacın dağıtımında ve uygulanmasında hatalara neden olabilir. İstenmeyen ihmaller veya ilacın geri çekilmemesi de sık görülen bir durumdur. Kritik bir nokta, 'ilaç uzlaşması' olarak adlandırılan, hastaneye kabul sırasında önceki tedavilerin transkripsiyonudur. Dozaj rejiminde istenmeyen ihmal veya değişiklikler sık görülür ve ilaç hatalarının %15-59'undan sorumludur. Yanlış ilaç kullanım öyküsü alma, tedavinin ihmal edilmesine neden olabilir ve bu da dörtten fazla ilaç alan hastaların üçte birinden fazlasında potansiyel zarara yol açabilir. Bir hastanın bakımının aynı kurum içinde veya bir hastane ile pratisyen hekim arasında devredilmesi de ihmalden kaynaklanan reçeteleme hatalarındandır (Velo ve Minuz, 2009).

Yapılan çalışmalarda aslında bu hataların önlenebilir olduğu özellikle vurgulanmaktadır. Tıp öğrencilerinin ve yeni mezun hekimlerin eğitimi üzerinde durulmakta ve eğiticiler ve kıdemliler tarafından reçete yazma konusunda eğitim ve geri bildirim ile kontrol etme, potansiyel reçete yazma hatalarının anında fark edilmesi için çevrimiçi uygulamaların kullanılması, tedavi seçimi yaparken kılavuzlara uygun, ancak bireysel vakalarda esnekliğin de olabileceği bir yapılanmada olunması gerektiği belirtilmektedir (Thomas ve ark., 2008; Aronson ve ark., 2006).

4.3.1. Akılcı ilaç kullanımı

Tedaviyi planlama ve süreci yönetme belirli bir yaklaşımla birlikte nedenselleştirme ve karar verme başta olmak birçok beceriyi birlikte gerektirir. Son dönemde bu yaklaşım “akılcı ilaç kullanımı” olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk defa 1985 yılında tanımlanan akılcı ilaç kullanımı “bir hastanın ilacını klinik ihtiyacına uygun olarak, kendi bireysel gereksinimini karşılayan dozda, yeterli uygun sürede ve kendine ve topluma mümkün olan en düşük maliyette kullanıyor olması”dır (WHO, 1985). Akılcı tedavi sürecindeki tedavi planlama ve reçete yazma basamağı tedaviyi belirleyici en önemli unsurdur. Bu süreçte hekimden tanı sonrasında, tedavi ile ilgili güncel kanıta dayalı bilginin yanısıra ilacın etkililiği,

güvenliliği, uygunluğu ve maliyeti dikkate alınarak en uygun tedaviyi düzenlemesi; yeterli doz, uygun uygulama yolu, yeterli tedavi süresi ile birlikte reçeteyi yazması ve hastaya reçetede yazanlar ile ilgili bilgilendirme yapması beklenir. Bu noktada hekimlerin bu basamaklarla ilgili bilgileri ve farkındalıklarının yüksek olması çok önemlidir. Bu durumda hekim hastayı doğru sürede ve doğru şekilde tedavi edecek, hastanın tedaviye uyumunu artıracak ve tedavinin tamamlanmasına katkı sağlayacaktır (WHO, 1994).

Tedavi planlamanın önemli bir parçası akılcı ilaç kullanımıdır ve akılcı olmayan reçeteleme küresel bir problemdir. Hekimlerin reçete yazma davranışını etkileyen faktörler uzun yıllardır araştırılmaktadır. Araştırmalarda reçeteleme davranışı etkileyen faktörler arasında ilacın özelliklerinin yanısıra hekimlerin reçeteleme sürecini etkileyen çok sayıda başka faktörlerin de varlığı tespit edilmiştir. Bunlara arasında hekimlerin kişisel ve mesleki özellikleri, ilaç pazarlama stratejileri (doğrudan hekime veya doğrudan tüketiciye pazarlama), ilaç bilgi kaynakları, ilaç özellikleri, ilaç fiyatı ve hasta özellikleri gibi faktörler vardır (Groves ve ark., 2010; Theodorou ve ark., 2009; Schumock ve ark., 2004; Grant ve ark., 2013). Bu faktörlerin önem derecesi yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir. Yine hekimlerin reçete yazma davranışı üzerinde birden fazla faktörün etkili olduğu bilinmekle birlikte bu etkilerin rutin uygulamaya nasıl yansıdığı, birbirleriyle nasıl bir etkileşim içinde bulundukları ayrıntılarıyla ile yeterince bilinmemektedir.

Bu kapsamda her bir bölgeden seçilen birer devlet tıp fakültesinin katılımıyla yürütülen bu tezle tedavi planlama ve yönetme süreçlerine ilişkin derinlemesine bulguların elde edilmesi hedeflenmiştir. Nicel verilerle yeterlik düzeyleri belirlenirken; nitel verilerle aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ve intörnlerin tedavi planlama sürecindeki deneyimleri, süreçte etkili olan faktörlerle birlikte çok yönlü olarak ortaya konmuştur. Öğrencilerin tedaviyi planlama ve süreci yönetme esnasındaki hisleri ve düşünceleri, benimsedikleri yaklaşımlar ve sergiledikleri tutum ve davranış kalıpları çıkarılmıştır. Benzer derinlemesine görüşmeler Aile Hekimliği eğiticileriyle gerçekleştirilmiş ve tedavi planlama ve yönetimi ile ilişkili deneyimler eğiticiler açısından da ortaya konmuştur. Nicel ve nitel araştırma yöntem ve teknikleriyle tedavi planlama ve yönetme süreçlerini anlamak, hem eğitim hem de pratikteki yanlış uygulamaların önüne geçilmesini ve sağlık sisteminin üzerindeki yükün azaltılmasını sağlamak açısından değerli veriler sağlayacaktır.

Hastanın tedavi planını düzenlerken tedaviyi yönetmek, tedavi seçenekleri arasında seçim yapmak, takip vizitlerini planlamak, ileri tetkik isteme ve kaynakları akılcı kullanmak gibi birçok unsurun değerlendirilmesi önemlidir. Bu durum belirli bir yaklaşım ile birden fazla yeterliği ve kararı beraberinde getirmektedir. Bu yaklaşım ve yeterlikler “akılcı ilaç kullanımı”

olarak bilinmektedir. Akılcı ilaç kullanımı uygulamasında hekim, hasta, eczacı, sağlık otoritesi gibi tarafların ayrı ayrı sorumlulukları vardır. En fazla rolü olan hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim döneminde başlayan, mezuniyet sonrası eğitim ve sürekli mesleki gelişim boyunca devam eden eğitimleri boyunca akılcı ilaç kullanımının devamlılığının sağlanması önemlidir. Hekimlik mesleğinin ilk yıllarında oluşan alışkanlıkların, tedavi planlama da dâhil olmak üzere bir hekimin klinik deneyimleriyle edineceği yaklaşımını belirlemesindeki rolünün büyük olduğu göz önüne alındığında, hedeflenen yeterliklerin gelişiminin gerçekleştiği ilk yılları irdelemek ve tüm yönleriyle derinlemesine anlamak kritiktir. Bu noktada, hekimlerin tedavi planlama ve reçete düzenleme ile ilgili yeterlikleri ne zaman ve nasıl kazandıklarını ortaya çıkararak, olası faktörleri ve eksikleri belirleyecek çok sayıda araştırmanın yapılması önemli bir gerekliliktir. Bu araştırmalardan elde edilecek kanıtlarla tıp eğitiminde tedavi planlama ve süreç yönetimine ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeve daha da gelişecek ve bu çerçeve temelinde yeni öğrenim programları, öğrenme ve değerlendirme yöntemleri geliştirilecektir. Ancak bunun için, bu tez de olduğu gibi hem nicel hem de nitel araştırmalarla bu yöndeki kanıtların artırılmasına ihtiyaç vardır.

4.3.2. Akılcı reçete yazma

İlaçlar tıbbi tedavinin temelini oluşturur. "Akılcı reçete yazma" akılcı ilaç kullanımının en önemli bileşenidir. Akılcı ilaç kullanımı tanımı kapsamında olan unsurlardan; bireyin gereksinimlerini karşılayacak etkinliğe sahip ilacı, riskleri en aza indirerek, hastanın durumu ve tercihlerinin de dikkate alındığı, en uygun maliyetle reçete etmek olarak tanımlanabilir (Barber, 1995). Akılcı reçete yazma, sadece ilacın ilk reçete edilme sürecini değil aynı zamanda daha sonraki tedavinin izlenme döneminde yapılması gereken takip dönemini de kapsamaktadır. DSÖ "iyi reçete yazma modeli"ni tanımlayarak riskler ve faydalar arasındaki geleneksel dengeyi, maliyetleri azaltma ihtiyacı ve hastanın tedavide seçim yapma hakkı ile bir araya getirmiştir.

DSÖ K-ilaç kavramını öne sürerek akılcı tedavi etme sürecinin nasıl olması gerektiğini açıklamıştır (WHO, 1994). K-ilaç sadece farmakolojik bir maddenin adıyla sınırlı değildir. Aynı zamanda dozaj formu, dozaj takvimi ve tedavi süresini de içermektedir. İlaçların bulunabilirliği ve maliyeti, farklı ulusal formüller ve temel ilaç listeleri, tıbbi kültür ve bilgilerin bireysel olarak yorumlanması nedeniyle, ilaçlar ülkeden ülkeye ve hekimler arasında farklılık göstereceğinden özellikle genel prensipler önemsenmiştir. Ancak genel prensip evrensel olarak geçerlidir. K-ilaçlar, günlük pratikte uygun bir ilacı kolaylıkla reçete edebilmeyi ve düzenli

olarak kullanıldıkça, onun etkilerini ve yan etkilerini iyice kavranması ve böylece hasta açısından da risklerin en aza indirilmesi noktasında etkili olacaktır.

K-ilaç yanında K-tedavi de tanımlanmıştır (WHO, 1994). K-tedavi K-ilacı da kapsar, ancak daha fazlası da söz konusudur. Her hastalık her zaman veya sadece ilaçla tedavi edilmek durumunda değildir. Tedavi tavsiye ve bilgilendirme ile ilaç-dışı önerileri de kapsar. Bazı klinik durumlarda tek başına ilaç-dışı tedavi yeterli olabilirken bazı durumlarda ilaç tedavisine ek olarak düşünülür. Örneğin kabızlık problemi olan bir hastaya ilaç olarak laksatif yanında bol sıvı alımı, yüksek lif içeren meyve ve sebze tüketimi, fiziksel egzersiz önerilir. Çoğunlukla bu şekilde öneriler ve ilaç-dışı tedavi problemi çözmede etkili olabilmektedir. Laksatiflerin etkilerine tolerans gelişme, elektrolit dengesizliği yapma riski olduğundan tedavide ilk sırada önerilmemesi daha uygun olacaktır. Ancak ciddi durumlarda ve hastanın klinik durumuna göre karar verilmesi gerekir (WHO, 1994).

Bir hastayı tedavi etme süreci klinik çalışma yürütmeye benzetilmekte ve doğrulama sürecinin de gerekli olduğu belirtilmektedir. İlk olarak hastanın problemi tanımlanmalı, yani tanı konmalıdır. Sonraki basamakta hastanın problemine göre tedavi hedefleri belirlenmeli, birçok alternatif arasından etkinliği ve güvenliliği kanıtlanmış tedavi seçilmelidir. Tedavi başlandıktan sonra uygun bir reçete yazılmalı ve hasta net bir şekilde bilgilendirilmeli ve varsa talimatlar söylenmelidir. Özellikle ilacın verilen dozu, uygulama yolu, günlük alınma sıklığı gibi unsurlar tek tek açıklanmalıdır. Tedavi ilaç-dışı tedaviyi de içeriyorsa, ona yönelik açıklamalar hastaya yapılmalıdır. Hastaya ilk değerlendirme sonunda ayrılmadan önce bir sonraki randevu ile ilgili bilgi verme, hastanın bu süreçte izlemesi gereken yan etkiler ve / veya uygulaması gereken ölçüm vb. varsa söylenmelidir. Hasta izlem dönemi sonucunda problemi çözüldüyse tedavi başarılı demektir ve tedavi sonlandırılır. Eğer beklenen sürede problem çözülmezse tüm basamaklar tekrar gözden geçirilerek tedavi değerlendirilmelidir. Bu şekilde altı basamakta tanımlanmış olan DSÖ'nün akılcı tedavi süreci şu şekilde özetlenebilir (WHO, 1994).

1. basamak: Hastanın probleminin tanımlanması, tanı konması.
2. basamak: Tedavi hedeflerinin belirlenmesi: tedavi ile neyi başarmak istiyorsunuz?
3. basamak: K-tedavinin uygunluğunun değerlendirilmesi, etkinlik ve güvenliliğin kontrol edilmesi.
4. basamak: Tedaviye başlama, gerekliyse reçete yazma.
5. basamak: Bilgi verme, talimatları uyarıları anlatma, yeterince anlaşıldığından emin olma.
6. basamak: Tedaviyi izleme, yeniden düzenleme ve gerektiğinde sonlandırma.

Tüm bu basamaklar tüm hekimlerin klinik pratikleri için önerilmektedir. Günümüzde halen reçete hatalarına bağlı istenmeyen olaylar, hatta ölümler gerçekleşmektedir. Akılcı reçete

yazma tüm hekimler için dönem dönem sorun olabilmekle birlikte özellikle çoğu tıp öğrencisinin reçete yazmada zorlandığı, hangi ilacı nasıl reçete edeceğini bilemediği ve hastaya hangi bilgileri vereceği konusunda kendisini yetersiz hissettiği çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Akılcı olmayan, yanlış reçeteleme hasta güvenliğini ve sağlık bakım maliyetlerini olumsuz etkilediğinden DSÖ'nün İyi Reçete Yazma Rehberine göre, akılcı reçete yazabiliyor olunması gerektiği vurgulanmaktadır (Dean ve ark., 2002; Leendertse ve ark., 2008; WHO, 1994; Avery ve ark., 2013; Slight ve ark., 2013).

Tedavi planlama ve reçete yazma, genç bir tıp öğrencisi için en zorlu temel yeterlilikler arasındadır ve farmakolojik bilginin kullanımının hasta iletişimi ile birleştiği karmaşık bir görev olduğundan, daha fazla pratik yapılmasını gerektirmektedir (Ross ve Maxwell, 2012). Aynı zamanda reçete yazma görevini hastalarının sağlığı üzerinde en büyük etkiye sahip olan müdahale olarak değerlendirmek mümkündür. Bilgiye sahip olma, muhakeme etme ve beceri karışımı gerektiren karmaşık bir dizi yeterliliği kapsar. Yapılması gereken görevler; tanı koyma, terapötik hedef belirleme, terapötik yaklaşımı seçme (hastayla birlikte), ilacı seçme, doz, uygulama yolu ve sıklığını seçme, terapi süresini seçme, reçeteyi yazma, hastayı bilgilendirme, ilaç etkilerini izleme, daha fazla araştırma yaparak reçeteyi gözden geçirme ve değiştirme olarak sıralanabilir. Tüm bu süreçleri kapsayan reçete yazma görevi aslında klinik ortamda gerçekleştiği için kliniğin bağlamından da etkilenmektedir. Günümüzde daha karmaşık farmakolojisi olan ilaçların mevcut olması, hastaların yaşının ileri olması ve aynı zamanda daha hassas popülasyonların artması bu görevi biraz daha güçleştirmektedir. Öte yandan sağlık harcamalarının artışının kontrolü ile kaynakların maliyet-etkin kullanımının da değerlendirilmesi önemlidir. Son dönemde daha fazla malpraktis davalarının açılıyor olması diğer bir endişe kaynağıdır. Tüm bu nedenlerle yeni hekimlerin reçete yazma konusunda kendisini yetersiz hissetmesi ve en zor görev olarak tanımlaması şaşırtıcı değildir.

Yukarıda belirtildiği gibi akılcı olmayan ilaç kullanımı ve reçeteleme küresel bir sorundur (Hogerzeil, 1995). Bu konunun temelinde, reçeteleme sürecinde hekimler üzerinde etkili olan çok sayıda faktör bulunmaktadır. Faktörler sadece reçetelenen ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri ile sınırlı değildir. Aynı zaman ilaç dışı çok sayıda faktör bulunmaktadır. Birinci basamakta ve hastanede deneyimli hekimlerin reçete yazma süreçlerinde etkili olan faktörleri belirlemeye yönelik araştırmalarda ortaya çıkan noktalar şunlardır: hasta özellikleri (istekler ve beklentiler), ilaç pazarlama stratejileri, hekimin kişisel özellikleri ve uygulama ortamı. Tüm bu faktörler tedavide karar verme süreçlerini etkilemektedir (Bradley, 1991; Miller, 1973; Miller, 1974; Lexchin, 1993). Ayrıca, hekimler ve eczacılar arasında zayıf işbirliği, uygun olmayan reçetelemeden sorumlu önemli bir diğer faktör

olarak belirlenmiştir. Ancak bu çalışmalar konuyla ilgili problemlerin yeterince anlaşılması noktasında yeterli değildir. Yeni nicel araştırmalarla sorunun ciddiyetinin ve konunun öneminin daha açık bir şekilde ortaya konması gerekmektedir. Yine nitel araştırmalarla konunun karşılıklı etkileşimleri içinde tüm boyutlarıyla derinlemesine anlaşılması yönünde bir çaba içine girilmelidir. Dünyada özellikle bu yöndeki araştırmalar yetersizdir. Nitel ağırlıklı araştırmalarla veya bu tezde olduğu gibi nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma araştırmalarla sürecin iyice anlaşılması tedaviye ilişkin sağlık hizmet sunumu ve eğitim süreçlerinin niteliğini artıracaktır. Elde edilen kanıtların klinikte ve klinik eğitimde tedavi planına pratik yansımaları olacaktır. Tedavi planlama ve yönetme sürecinin dinamikleri ile oturmuş tutum ve davranış kalıpları ve bunları etkileyen faktörler daha iyi anlaşıldıkça hekimlerin reçete yazma davranışını iyileştirmek için gereken optimal yaklaşımlar daha da gelişecektir. Bu yönde yaşanan önemli sorunlar ve eksikler giderilebilecektir. Yine mevcut literatür incelendiğinde, hekimlerin reçete yazma davranışını ve belirleyici faktörleri ortaya koyan birden fazla teori olmakla birlikte bu noktada da gelişime ihtiyaç olduğu görülmektedir. Yeni araştırmalarla, daha fazla kabul gören yeni kavramsal ve kuramsal çerçevelerin oluşturulması gerekmektedir.

Mezuniyet öncesi öğrencilerin karşılaştıkları diğer bir durum genellikle klinik stajları sırasında yanlarında eğitim aldıkları asistan / uzman gibi eğiticilerin birincil olarak reçete yazdığı, ancak hangi ilacı neden seçtikleri ile ilgili fikirlerinin olmadığı bildirilmektedir. Her ne kadar eğitimleri sırasında kitaplardan, veri tabanlarından ilaç-odaklı bilgiye ulaşabilseler de vaka özelinde tedavi kararı verme pratiği eksik kalmaktadır. Bu nedenle de reçete yazma becerisi zayıf kalmaktadır. Çoğu tıp öğrencisinin reçete yazma becerisini mezuniyetten sonra kazanacağını düşünmesi diğer bir sorundur. Ancak çalışmalarda genelde deneyim artmakla birlikte reçete yazma becerisinin mezuniyetten sonra çok fazla düzelmediği, gelişmediği bildirilmektedir.

Kötü reçete yazma alışkanlığı etkisiz ve güvenli olmayan tedaviye neden olacak, hastalığın kötüleşmesi, hastanın daha fazla zarar görmesi, şikâyetlerinde artma ile sonuçlanacak ve tüm bu süreçler daha fazla sağlık bakım maliyetine neden olacaktır. Kendine reçete yazma konusunda güveni olmayan hekim, özellikle de yeni mezunlar hasta baskısı, yanlış örnek alınan meslektaş veya baskın bir ilaç tanıtım elemanının etkisinde kalacaklardır. Bu şekilde başkalarını taklit ederek yanlış alışkanlıklar kazanmış olacaklardır. Oturmuş bir alışkanlığı sonradan değiştirmek daha zor olduğundan bu alışkanlık kazanılmadan önce eğitim sürecinde yani özellikle mezuniyet öncesi dönemde verilen eğitim çok önem kazanmaktadır. Bu nedenle mezuniyet öncesi eğitimde farmakoloji eğitimi ve reçete yazma eğitimleri en önemli dönemi oluşturmaktadır. Reçete hatalarının en fazla yeni mezunlar tarafından yapıldığı bildirilmiştir.

Çalışmalara göre bildirilen oranlar değişmekle birlikte tüm reçete hatalarının yaklaşık %9-10'u yeni mezun hekimler tarafından yapılmaktadır (Dornan ve ark., 2009; Ryan ve ark., 2014). Sık reçete yazan yeni mezun hekimlerin reçete yazma bilgi ve becerilerinin uygulamaları eğitimlerle düzeldiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (WHO, 1994; Brinkman ve ark., 2017a; Tichelaar ve ark., 2010; Tichelaar ve ark., 2015).

Reçetede bulunması gereken bilgiler formatla ilgili (hastanın yaşı, cinsiyeti, adresi, tanısı, hekim adı, adresi, imzası, tarih vb.) ve içerikle (ilacın adı, önerilen dozu, yitiliği ve dozaj formu, toplam verilecek ilaç miktarı, uyarılar ve talimatlar) ilgili olmak üzere iki kategoride incelenebilir. Akılcı reçete yazımında birçok alternatif arasından uygun ilacın seçimine dayanan K-ilaç uygulamasında reçeteye yazılan ilacın adı, birim farmasötik şekil içindeki etken madde miktarı, farmasötik şekli de yazılmalıdır. Aynı yitilikte olan bir ilacın birden fazla farmasötik şeklinin olabileceği unutulmamalıdır. İlacı doz bilgilerinin yanında günlük alması gereken ilaç miktarı (dozlam planı) da mutlaka belirtilmelidir. İlacın farmasötik şekline göre de değişebilecek uygulama sıklığını belirtmek etkili ve güvenli tedavi sağlamak için çok önemlidir. İlacın uygulama yolu eklenmesi gereken diğer bir bilgidir. Örneğin oral yolla alınması gereken bir ilaç ise mutlaka bir bardak bol su ile ilacın alınması gerektiği belirtilmelidir. İlacın dozlam sıklığı da belirtildikten sonra belirlenen tedavi süresine göre tedavi süresince yetecek şekilde ilaç kutusu reçeteye yazılmalıdır. Bu nedenle de K-ilaç kavramında ilacın piyasadaki tüm farmasötik şekilleri ve kutudaki adet miktarları hakkında da önceden bilgi sahibi olunabilmektedir. İlaçla ilgili son olarak kullanma talimatı, aç veya tokken alınması bilgisi, ne kadar süreyle ilacın uygulanacağı, olası ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimleri varsa bunlarla ilgili bilgilendirmeye yer verilmelidir. Reçete yazma becerisi kapsamında tüm bu bilgilerin yer alıyor olması beklenmektedir. Sadece ilacı adını yazma olarak algılanmaması gereken bu hususta reçete hatalarında tüm bu unsurlara bağlı olabileceği yönünde çalışmalar mevcuttur.

Tıp Eğitimi Doktora Tezi kapsamında tasarlanan bu araştırma, Türkiye'de mezun olan ve Aile Hekimliği uzmanlığına devam öğrencilerinin Ulusal ÇEP'de tanı-tedavi ile kodlanan hastalıkların tedavi planları konusunda kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini belirlenmesi ve tedavi süreçlerine ilişkin bireysel deneyimlerini derinlemesine irdelenmesi amacıyla yapılmıştır. Birçok seçenek içinden uygun ilaç seçimi, rasyonel ilaç kullanımı kapsamında reçeteleme (ilacın dozu, ilaç kullanım sıklığı, farmasötik şeklinde bulunan etken madde miktarı, ilaç uygulama yolu, farmasötik şekil, ilacın advers etkileri ve potansiyel etkileşimleri, tedavi süresi, talimatlar) hususunda ve ilaç-dışı tedavi planlama ve önerilerde bulunmada yeterlik algıları değerlendirilmiştir. Ayrıca uzmanlık öğrencilerinin yeterlik algılarının tıp eğitimin

hangi döneminde tam olarak oluştuğu belirlenmiştir. Araştırmanın nitel kısmında ise gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerle intörnlerin, uzmanlık öğrencilerin ve Aile Hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama ve yürütme süreçlerine ilişkin bireysel deneyimleri değerlendirilmiştir. Deneyimlerde özellikle hastaya ilişkin faktörlere (hastanın geçmiş hikâyesi, eşlik eden hastalıkları, önceki hastalıkları, kullanmakta olduğu diğer ilaçlar, bitkisel ürün kullanımı, alerji durumu, hastanın ilaç tercihi, hastalık ciddiyeti, gebelik durumu) ve sağlık sistemi ilgili parametrelere (sağlık sistemi, sosyal güvenlik durumu, ücretli hasta, hastane politikası, ilaç endüstrisi tanıtımı) odaklanılmıştır.

4.4. Dayandığı Teoriler ve Modeller

4.4.1. Tedavi planlama yeterliliğine ilişkin öğrenme

Tedavi planlama ve düzenleme yeterliğine yönelik öğrenim süreçlerinde tercih edilebilecek çok sayıda öğrenme ve değerlendirme yöntem ve aracı bulunmaktadır. Ancak bu süreci özellikle "durumsallık / bağlamsallık" ve "düşünümsellik" kavramları odağında durumsal / bağlamsal öğrenme ve düşünümsel deneyimsel öğrenme çerçevesinde ele almak önemlidir. Bu iki kavram hem öğrenme hem de karar verme süreçleri için merkezi kavramlardır.

4.4.1.1. Durumsallık, bağlamsallık teorisi

Durumsallık teorisi, öğrenme etkinliğini, bu sürecin içinde gerçekleştiği kültürün, fiziksel ortamının ve katılımcılarının bağlamına konumlandırarak ele alır. Durumsallık teorisyenleri, bu bileşenler (katılımcılar, kültür ve çevre) arasındaki etkileşimi karşılıklı, doğrusal olmayan dinamik, bütünlüklü ve gelişen etkileşimler olarak görür. Bu süreçte ortaya çıkan sonuç parçaların toplamından daha fazladır. Yine durumsallık teorisi, bir katılımcının bir bağlamda edindiği bilgiyi farklı bir bağlama sahip sorunlara uygulama yeteneğinin sınırlı olduğu fikrini (aktarım sorununu) benimser. Durumsal yaklaşım, kültürün, çevrenin ve tüm katılımcıların öğrenme sürecindeki karşılıklı etkileşimlerini ve bağlamlarını dikkate alarak aktarımın iyileştirilmesi için olası seçenekler sunar (Durning ve Artino, 2011).

Durumsal biliş (situated cognition), katılımcılar ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimi odağa alarak bu iki bileşene eşit derecede vurgu yapar. Katılımcılar ve çevre arasındaki etkileşimi odağa alan ekolojik psikoloji, öğrenenlerin diğer katılımcılarla ve çevreleriyle nasıl etkileşime girdiğine dair açıklamalar sağlayarak durumsal bilişe katkıda bulunur. Benzer şekilde dağıtılmış biliş (disturbed cognition) de, vurgusunu sosyal ortam ve sosyal etkileşimlerin nasıl düşünmeye ve öğrenmeye yol açtığı sorunu üzerine yapar. Tümü için ortak nokta bileşenler arasındaki etkileşimlerdir ve öğrenme bu etkileşimsel ve bağlamsal süreçte ortaya çıkan bireysel-

sosyokültürel yapılandırmalar olarak ele alınır. Daha çok karmaşıklık teorisine, kaos teorisine yaslanırlar (Durning ve Artino, 2011; Salomon, 1995; Guastello ve ark., 2009; Gülpınar, 2021). Düşünmeyi, karar vermeyi ve bunlara yönelik öğrenmeleri, geniş bir çevre içinde, fiziksel ve sosyal bağlamı içinde "konumlandırılmış" olarak gören durumsal biliş, odağı öğrenenden (geleneksel bilgi işleme teorisi), tüm etkinliklerin (süreçler, katılımcılar ve uygulamalar) gerçekleştiği sosyal ve kültürel ortama kaydırır. Öğrenme, öğrenenlerin çeşitli öğrenme topluluklarına, mesleki topluluklara (community of practice) dahil olarak mesleki yeterliklerini kazandıkları, profesyonel kimliklerini inşa ettikleri sosyalleşme süreçleri olarak çerçevelenir. Yine bu teoriye göre öğrenmenin kendisi kadar öğrenilenlerin transferini de bağlamsaldır. Belirli bir bağlamda kazanılan bilgi ve becerinin başka bir problemde kullanımının sınırlı olduğunu ileri sürer. Bu noktada genelde karar verme daha özelde tedavi planı oluşturma yeterliği de bağlam bağımlıdır (Durning ve Artino, 2011; Gülpınar, 2021).

Durumsallık perspektifinden bakıldığında, eğitici tedavi planlamaya yönelik eğitim etkinliklerini ve programını tasarlarken çevreyi (sosyokültürel, fiziksel), öğrenen dinamiklerini ve bakış açılarını, öğrenim yöntemlerini ve bunların etkileşimlerini dikkate almalıdır. Eğitici yalnızca oturum için tartışma konularının taslağını hazırlamak için zaman harcamamalı, örneğin öğrenci bakış açılarını ve hazırlığını, potansiyel grup dinamiklerini, öğrenciye yardımcı olmak için öğretim ortamında mevcut araçları ve bunların en iyi şekilde nasıl optimize edilebileceğini ve öğrenim formatının özgünlüğü (materyallerin gerçek uygulamaya ne kadar yakın olduğu) dikkate almalıdır. Bu süreçte faktörlerin nasıl etkileşeceğini tamamıyla kontrol edemez ancak öğrenmeyi optimize etmeye dikkat edebilir. Burada önemli olan konu sadece içerik değil oturumun nasıl yönetileceğidir.

4.4.1.2. Düşünümsel bağlamsal deneyimler ve öğrenme

Tıp eğitiminde, özellikle klinik eğitimde önemli yaklaşımlardan birisi düşünümsel uygulama (reflective practice) ve düşünümsel becerilerdir. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ile sürekli tıp eğitiminde düşünümsel uygulama yaklaşımının özellikle sağlık bakım süreçlerinde olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir. Kelime olarak latince kökeninde “eğilmek” veya “geri dönmek” anlamları taşır. Eğitim bağlamında düşünüm, yaşanılan somut eğitim deneyimleri ve klinik deneyimler üzerinde düşünme ve bu şekilde bu süreçleri birer gelişim fırsatlarına çevirme anlamına gelir. Yaşanan bir olay veya durum üzerinden derinlemesine anlama ve deneyimleri anlamlandırma imkânı sağlar. Böylece öğrenen kendini ve durumu daha iyi anlayarak ileride benzer bir durumla karşılaşınca ne yapılacağını daha net bir şekilde belirlemeye çalışır. Bu

nedenle düşünümsel uygulamanın / öğrenmenin, yaşam boyu öğrenmeye etkisi sadece yeni bilgi ve beceri kazanmadan daha fazlasıdır (Sandars, 2009).

Düşünümsel öğrenme metabilişsel becerileri, öz-düzenleyici becerileri gerektirir. Metabiliş bilişsel süreçleri seçen, izleyen ve değerlendiren kendi kendini düzenleme süreci olarak tanımlanmaktadır (Flavell, 1979). Kendi kendine öğrenme sürecinde öğrenenler, metabilişsel olarak bir olayı seçme, onu izleme ve değerlendirme yaklaşımı sergilerler (Zimmerman ve Schunk, 2001). Bu noktada bu süreçler aynı zamanda bir düşünümsel süreç olarak görülebilir.

Tıp eğitiminde kendi kendine düzenleyerek öğrenmede, öğrenen kendi hedeflerini belirleyerek düşünce, duygu ve eylemlerini izleyerek, değerlendirerek ve düzenleyerek öğrenme süreçlerine aktif olarak katılır. Hedefine yönelik öğrenme stratejileri ve tekniklerinin belirlenme süreçlerine dâhil olur. Bu da iç motivasyonu ve kendi başarısına inanmayı sağlar. Bu süreçte öğrenen sadece sonuca odaklanmaz, aynı zamanda sürece de odaklanarak kendi öğrenme sürecini denetler, değiştirmesi gereken unsurlar varsa onları belirler ve yeniden düzenler. Amaçlanan bir hedefe başarılı bir şekilde ulaşılması, öz-yeterlik inançlarını ve kendini motivasyonunu artarak öğrenenin sürece daha fazla olması ile sonuçlanır (Sandars ve Cleary, 2011).

Deneyimsel/yaşantısal öğrenme, öğrenmenin yaşadığı somut bir deneyim üzerinden gerçekleştirdiği bir süreçtir. Deneyimsel öğrenmede öğrenme deneyimi gerçek yaşamda, çalışma ortamlarında gerçekleşir. Bu nedenle aynı zamanda durumsallık teorisi bağlamında ele alınan bir öğrenmedir (Yardley ve ark., 2012). Bu model, öğrenmenin gerçekleşmesi için deneyimi tek başına yeterli görmez. Deneyimin yeni veya genişletilmiş bilgi ve gelişim haline gelmesi için üzerinde düşünülmesi, yorumlanması ve mevcut bilgi yapılarına entegre edilmesi gerekir. Kolb (1984) tarafından geliştirilen ve yaygın olarak alıntılanan 'Deneyimsel Öğrenme Döngüsü'nün dört ana aşaması vardır. İlk aşamada öğrenen bir somut deneyim yaşar. Bunu ikinci aşamada yapılan düşünüm izler. Üçüncü aşamada (soyut kavramsallaştırma), yaşanılan düşünümsel somut deneyim üzerinden öğrenmeler yeniden yapılandırılarak bir sonraki aşamada (dördüncü aşama) yaşanacak yeni deneyim için yeniden çerçevelendirilmeye gidilir. Öğrenilen yeni bilgi ve becerilerin uygulanması dördüncü aşamada gerçekleşir. Kolb deneyimsel öğrenme döngüsü mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve sürekli tıp eğitiminde çok çeşitli öğrenme durumlarında sıklıkla uygulanmaktadır. 'İyi' bir klinisyen olmak için hedeflenen yeterliklere sahip olmanın, profesyonel gelişimi sağlamanın yanında hastalar ve yakınlarıyla terapötik bir ilişki kurup sürdürmek de gerekmektedir. Deneyimsel öğrenmenin aynı zamanda hastanın iyilik haline katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bu nedenle özellikle klinik stajlar başta olmak üzere düşünümsel yaklaşımın ve deneyimsel öğrenmenin tıp eğitimin tüm aşamalarında tercih edilmesi önemlidir (Sandars, 2009).

Yukarıda bahsedilen öğrenme kuramları temelinde, düşünümsellik ve durumsallık/bağlamsallık birlikte düşünülerek Gülpınar (2021) tarafından "Düşünümsel Bağlamsal Öğrenme ve Üçlü Düşünüm" çerçevesi oluşturulmuştur. Buna göre, tedavi planlama da dâhil olmak üzere öğrenenlerin bağlamsal düşünme ve bağlamsal kararlar oluşturmada yetkinlik kazanmaları için, örneğin yaşanan tedavi planlama deneyimin bu çerçevede deneyimlenmesi gerekir. Düşünüm, sadece yaşanan deneyim ve deneyimi yaşanan kişi değil aynı zamanda deneyimin içinde gerçekleştiği bağlam üzerinde gerçekleştirilir. Yani, gerçek ortamlarda gerçekleşen bağlamsal deneyimler üzerinden gerçekleştirilen üçlü düşünüm ile; (a) yapılan görev (kapsamı, sınırları, niteliği), (b) kendisi, (c) bu deneyimlerin yaşandığı bağlam (iş ortamı/iklimi) üzerine düşünme söz konusudur. Düşünümsel, bağlamsal öğrenme/gelişim döngüsü Şekil 1'deki gibi çerçevelenmiştir (Gülpınar, 2024).



Şekil 1. Düşünümsel bağlamsal öğrenme ve üçlü düşünüm

4.4.2. Klinik Karar Verme ve Tedavi Planlama

Klinik akıl yürütme ve klinik karar verme bağlam bağımlı karmaşık süreçlerdir. Klinik akıl yürütme kapsamında, bilişsel süreçler en önemli faktörlerdendir. Klinik akıl yürütme ve karar verme tanıya veya tedaviye yönelik süreçler de dâhil olmak üzere birçok bileşeni içinde barındırır. Tanısal akıl yürütme ve karar verme süreçleri ve sonuçları tıbbi kararı belirlediği için tanısal süreçteki herhangi bir hata gecikmiş tanı, yanlış tanı veya atlanan bir tanıya neden olabilmektedir. Bu noktada klinik akıl yürütmenin çekirdek unsurları şu şekilde belirlenmiştir: kanıta dayalı beceriler, tanısal testlerin kullanımı ve yorumlanması, bilişsel yanlılığı anlama, insani faktörler, metabiliş, hasta-odaklı kanıta dayalı tıp. Bunların tümü klinik akıl yürütme ve karar verme için gereklidir. Her birinin düşünme stratejileri ile birlikte öğretilmesi önemlidir. Akıl yürütme stratejileri ile tanısal hipotezlerden biri lehine toparlanan dağınık veriler, testleri ve dolayısıyla tedavinin belirlenmesini ve tedavi planının düzenlenmesini sağlar. Sözkonusu akıl yürütme stratejilerinin bazıları şu şekilde belirlenmiştir: sık olmayan klinik durumlara yaklaşım, klinik veriyi toplama ve değerlendirme, tanısal hipotezler oluşturma, tanısal testlerin uygunluğuna karar verme, test sonuçlarını değerlendirme, tutarlı bir tanı oluşturma, bir hastada terapötik yaklaşımların önemini tartma (Corrao ve Argano, 2022).

Klinik karar verme süreçlerinin geliştirilmesi prognostik, tanısal ve terapötik açıdan klinik karar vermeyi kolaylaştırır. Bu nedenle eğitimle, bilişsel yaklaşımların ve düşünme mekanizmalarına ilişkin farkındalığının artırılması ile deneyimi geliştirerek süreçte ortaya çıkabilecek bilişsel

hataların önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle tıp öğrencilerinin ve genç hekimlerin eğitimindeki klinik yaklaşımları ve eğitimsel boşlukları incelemek önemlidir. Bu kapsamda metabilişsel yaklaşım, akıl yürütme hataları ve bilişsel önyargılar, akıl yürütme stratejileri ve karar vermenin iyileştirilmesi, klinik akıl yürütmenin temel unsurlarıdır (Corrao ve Argano, 2022).

Son yıllarda klinik akıl yürütme ve karar verme süreçlerine iki teori ön plandadır. Bunlar model senaryolar teorisi ile ikili süreç düşünme teorisidir.

4.4.2.1. Model senaryolar teorisi

Model senaryolar teorisi (Scripts theory) insanların davranışlarını bilinçli ve bilinçsiz şekilde belirleyen deneyimlere ve bu deneyimler yoluyla zihinsel şemalarını nasıl öğrendiklerine ve geliştirdiklerine odaklanır (Abelson, 1975). Teoriye göre model senaryo dosyaları aşağıdaki işlevleri yerine getirir: (1) davranış dizilerini anlamak için gerekli yapılandırılmış bilgiyi sağlar, (2) bireylerin yeni bilgileri mevcut bilgi ile bütünleştirmesini sağlar, (3) hafızayı ve geri çağırmayı yönlendirir, (4) yakın gelecekte ne olacağına dair tahminlere olanak sağlar, (5) belirli bağlamlarda etkinleştirildiğinde gerçek davranışa rehberlik eder ve (6) belirli bir eylemin veya eylem dizisinin neden gerçekleştiğini veya gerçekleşebileceğini açıklayan bilgileri içerir (Custers ve ark., 2015). Tıp eğitiminde, model senaryolar teorisi klinisyenlerin hastalığa ilişkin zihinsel temsillerini (yani "hastalık senaryoları") açıklamak için tanısal akıl yürütme için kullanılmaktadır (Custers ve ark., 1996; Gavinski ve ark., 2019; Wheeler ve ark., 2017). Tanısal akıl yürütmelerini ilişkin öğrenme ve değerlendirme için yararlı bir araç haline gelmiştir (Wheeler ve ark., 2017). Bu teorinin tanısal akıl yürütmedeki bilişsel geçerliliği ve faydası dikkate alındığında, aynı teoriyi bir tedavi planlama ve yönetimi bağlamında da kullanmak mümkündür. Tedavi planına ilişkin akıl yürütme, karar verme gibi süreçlere bu teori üzerinden bakılabilir.

Öğrenme ve meslek deneyimleri boyunca uzmanların zihinlerinde oluşan "hastalık senaryoları" ve tedavi planlama senaryoları, düşünümsel karar vermeyi (ör. hipoglisemi için 1 ampul Dekstroz 50 verme) veya risk-fayda analizine dayalı karar vermeyi (ör. pulmoner embolisi olan sınırda hipotansif bir hastada trombolitiklerin başlanması) kolaylaştıran zihinsel modellerdir / örüntülerdir (Martin ve ark., 2015; Charlin ve ark., 2007). Çoğu klinisyen için hastalık senaryoları ve tedavi senaryoları sadece patofizyolojik ve klinik bilgilere dayanmaz, aynı zamanda deneyimle de şekillenir. Klinisyenlerin temel bilgileri ortak olmasına rağmen, tedavi senaryoları aslında her bir klinisyenin kendine özgü öğrenme ve deneyim geçmişiyle şekillenir ve bu nedenle özgündür. Belirli bir hastalığa ait semptom ve bulgular her hastada klinisyenin

zihnindeki hastalık senaryosuna uymadığı gibi tedavi senaryosunda da ortak bir algoritmaya uyulması beklenmemektedir. Tedavi senaryoları spesifik problem veya tanı ile aktive edilir. Bu aktivasyon bilinçli veya bilinçsiz olabilir. Genel problem genel tedavi stratejisini tetiklerken, daha spesifik problem daha spesifik tedavi stratejisini tetikler. Klinisyenlerin belirli bir problem veya hastalık ile ilgili deneyimleri ne kadar iyi tanımlı ise, bağlamsal ve düşünümsel bir deneyim olarak yaşanmışsa, çeşitli örnek tedavi senaryoları oluşturmak o kadar mümkündür. Deneyimle oluşan bu senaryolar kullanılarak karşılaşılan bir klinik durumda hastanın tercihleri ile uyumlu daha iyi tedavi planları oluşturmak daha kolay hale gelir. Tedavi senaryo uygulaması, tanısal akıl yürütme süreci ile birlikte 2 adımda gerçekleşir: (1) klinik duruma uygun zihindeki mevcut tedavi senaryosunun aktiflenmesi ve (2) tedavi seçeneğinin seçilmesi, tedavi planının oluşturulması.

Tedavi senaryoları aynı zamanda adaptif ve düşünümsel deneyim prensipleriyle de uyumludur. Klinisyenler her zaman bilinen çözüme dayanmaktan ziyade öğrenme ve yenilikçi yaklaşımla duruma adapte olurlar. Her hasta ile daha detaylı tedavi senaryoları geliştirebilir ve sürekli öğrenme / gelişim ile kendini gelecek olgulara daha iyi hazırlayabilirler (Parsons ve ark., 2020). Düşünümsel deneyimle birlikte senaryolarının çeşitlenmesi ve daha ince / rafine hale gelmesiyle, klinisyenler ve kurumlar / sistemler tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde akıl yürütme ve karar vermede daha da yetkinleşeceklerdir (Gawande A, 2011; Chew ve ark., 2017). Genelde bu senaryolar uzmanların işini kolaylaştırmaktadır. Ancak senaryolar aynı zaman tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde yeterli / uygun olmayan kararlar alınmasına da kaynaklık ederler. Yaşanan klinik deneyimin ve öğrenme deneyiminin düşünümsel ve bağlamsal bir deneyim olarak yaşanması bu açıdan önemlidir. Uygun olmayan senaryoların / zihinsel örüntüleri dönüştürülmelerine ve iyileştirilmelerine imkân verir. Sağlık bakım süreçlerinde ve tıp eğitiminde genelde "model senaryolar teorisi"nin daha özelde tedaviye ilişkin model senaryoların kullanım potansiyeli yüksektir. Bu teori bağlamında sağlık bakım süreçleri ve klinik eğitim süreçlerine ilişkin araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu tezde model senaryolar teorisi temel alınarak uzmanlık öğrencilerinin, eğiticilerin ve intörnlerin kendi bireysel deneyimleriyle oluşturdukları tedaviye ilişkin kendi zihinsel örüntüleri, senaryoları araştırılacaktır.

4.4.2.2. İkili süreç düşünme teorisi

Bir diğer teori Daniel Kahneman'ın (2013) ikili süreç düşünme teorisidir (dual-process thinking theory). Bu teori ile birlikte yanı zamanda metabiliş ve bilişsel yanlılıklar da dikkate alınmaktadır. Bu teoriyle, karar verme süreçlerindeki zihin çalışması ve verilerin işlenmesine

ilişkin 2 farklı süreç tanımlanmıştır: Sistem 1 (sezgisel) ve Sistem 2 (analitik) düşünme. Bu süreçlerde farklı beyin bölgelerinin işlevi söz konusudur. Sistem 1 dorsomedial prefrontal korteksi, pregenual medial prefrontal korteksi ve ventromedial prefrontal korteksi; Sistem 2 ise dorsolateral prefrontal korteksi kapsar (Corrao ve Argano, 2022). Sistem 1 düşünme, genellikle otomatikleştirilmiş bir düşünme modunu tetikleyen "sezgisel" ve "deneyimsel" bir sistemdir. "Örüntü tanıma" üzerinden yürür. Karar verme çok fazla bilinçli çaba sarf edilmeden üretilir ve yeni bilgiyi benzer geçmiş durumlara dayanan bilinçaltı bir model tanıma yoluyla ele alır ve hızlıca kararlar oluşturur. Genel kararların yanısıra hekimlerin birinci basamaktaki klinik karar verme süreçlerinde de Sistem 1 düşüncesinin ön planda olduğu gösterilmiştir (Tracy ve ark., 2003). Fakat bu sistem aynı zamanda kişiyi karar vermede bir dizi yanılgıya da açık hale getirir, karar vermenin doğruluğu olumsuz yönde etkileyebilir (Croskerry, 2003). Bu noktada, doğru ve uygun kararlar için düşünümsel olmayan Sistem 1 ile düşünümsel olan Sistem 2'nin birlikteliği gerekir. Sistem 2 (analitik) düşünme, Sistem 1'den daha planlı ve düşünümseldir. Sistem 1 ve Sistem 2'nin birlikteliği iki yönlüdür. Bir tarafıyla yeni öğrenmelerle, karmaşık bilişsel işlemlerde, yeterlilik ve beceri kazanıldıkça ve zahmetli seri işlemlerin yerini desen/örüntü eşleştirme aldıkça, Sistem 2'den Sistem 1'e geçiş olur. Diğer yandan Sistem 2 ile Sistem 1 üzerinden alınan kararlar zaman zaman gözden geçilerek yeniden düzenlenir/çerçevelenir. Bu şekilde karar alma süreçlerinde yanılgılar asgariye indirilmeye çalışılır.

Sistem 2, düşünme sürecinin daha "analitik", "kasıtlı" ve "rasyonel" tarafıdır. Bu parçalar, mantıksal muhakeme ve geçmiş öğrenme ve deneyim yoluyla elde edilen ek bilgilerin zihinsel olarak aranmasıyla bir araya getirilir (Croskerry, 2009). Veriler daha sonra kuralların bilinçli bir şekilde uygulanması yoluyla dikkatli bir şekilde işlenir, bu da onu çok daha yavaş ve bilişsel açıdan zorlu, ancak doğru karar vermeyi sağlayan bir süreç haline getirir. Analitik sistem genellikle belirsizlik, karmaşıklık veya sonuçların daha az hataya izin verdiği durumlarda devreye girer (Moulton ve ark., 2007). Sistem 2 düşünme yavaştır, bilişsel çaba gerektirir ve karar vermede hataya daha aza indirmek için önemlidir. Analitik olmayan klinik akıl yürütme, sıklıkla tanısal hipotezlerin hızlı bir şekilde üretilmesinde ve örüntü eşleştirmesinde (bu vakanın ve önceki vakaların zihinsel temsilleri arasındaki ilişki [kodlar, şemalar, önermeler, zihinsel modeller, bilişsel haritalar, parçalar]) ortaya çıkar (Norman ve ark., 2007).

Analitik düşünme ise, klinik verilerin yavaş, kasıtlı, sistematik entegrasyonu, teşhis olanakları ve ek veri toplama (varsayımsal-tümdengelimli akıl yürütme) şeklinde ortaya çıkan analitik klinik akıl yürütmeyi destekler. Tanısal akıl yürütme konusundaki araştırmalar, çömez öğrenenlerin analitik akıl yürütmeye daha fazla güvendiklerini, uzmanların ise genellikle

analitik olmayan akıl yürütmeyi daha fazla kullandıklarını göstermiştir (Norman ve ark., 2007). Klinikte alanında uzman olanların daha fazla bilgiye sahip olması onları bilişsel hata yapmaya ve yanlılığa götürebilir ve yanlış ipuçlarını izleyerek tanısal hataya neden olabilir. Tek başına Sistem 2 düşünme süreçlerin yavaşlamasına ve daha zayıf performansa yol açabilir. Öte yandan, deneyim ve deneyimle oluşa Sistem 1, uzmanın ölçütü olmasına karşılık her zaman daha iyi performans sağlayacağı anlamına gelmez. Hatta deneyim geribildirim veya düşünüm olmadığında uygun olmayan örüntülerin oluşması ve hata yapılması için zemin hazırlayabilir (Choudhry ve ark., 2005). Bu nedenle Sistem 1 ve 2 düşünmeler birbirini tamamlayarak işlemesi ve öğrenmelerin bu dikkat üzerinden yürütülmesi gerekir. Belirli bir klinik durumda Sistem 1 veya 2 düşünmenin hangisinin kullanılacağı durumun karmaşıklığına bağlı olduğu gibi bireyin yetenekleri, geçmiş deneyimleri ve kendine olan güvenine göre de değişir (Tay ve ark., 2016). Sezgisel hızlı düşünmede daha çok Sistem 1 devrede iken karmaşık vakalarda yavaş analitik düşünme ile birlikte her iki sistemin de devreye girmesi gerekir. Yavaş düşünme farklı akıl yürütme yollarını kullanabilir: "tümdengelimli" (deductive), "varsayımsal-tümdengelimli", "tümevarımlı", "çıkarımsal" (abductive), "olasılıkçı", kurala dayalı / kategorik / deterministik ve nedensel akıl yürütme (Corrao ve Argano, 2022).

4.4.2.3. Yönetime ilişkin akıl yürütme

Tanı koymak tıbbi uygulamanın merkezinde yer alır. Aynı zamanda doğru bir tanı, uygun tedaviyi sağlayan olaylar, araştırmalar ve terapötik tedaviler zincirini başlattığı için de önemlidir. Klinik akıl yürütmenin tanısal akıl yürütme (diagnostik reasoning) süreçlerine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Ancak, tedavi planı süreçlerinin yönetimi de dâhil, genel olarak yönetime ilişkin akıl yürütme (management reasoning), klinik uygulamada ve tıp eğitiminde kritik olmakla birlikte yeterince çalışılmamış bir husustur. Cook ve ark. (2019) tarafından yönetime ilişkin akıl yürütmenin tanısal akıl yürütmeden daha kapsamlı olduğu vurgulanarak kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Yönetime ilişkin akıl yürütmeyi şu şekilde tanımlanmışlardır. "Klinisyenlerin klinik bilgileri (hikâye, muayene bulguları ve test sonuçları), tercihleri, tıbbi bilgileri ve bağlamsal (durumsal) faktörleri bir araya getirerek, tedavi, ileri testler, takip vizitleri ve sınırlı kaynakların kullanımı da dâhil olmak üzere hastanın yönetimi hakkında karar vermesine ilişkin bilişsel süreçleridir." Yönetim senaryoları (management scripts) tanımı ise şu şekilde yapmışlardır. "Rasyonel bir yönetim planının geliştirilmesini kolaylaştırmak için tedavi seçeneklerini ve klinisyenin görevlerini birbirine bağlayarak zamansal veya mantıksal bir sırayla gösteren önceden derlenmiş kavramsal bilgi yapıları". Ayrıca bu sürece yönelik beş anahtar özellik sıralamışlardır: (1) karşılaştırma ve birden fazla

makul, savunulabilir çözüm arasından seçim yapma; (2) hasta, klinisyen ve sistem tercihlerinin önceliklendirilmesi, kısıtlamalar ve değerler; (3) iletişim ve ortak karar alma; (4) yönetim planının sürekli izlenmesi ve yeniden düzenlenmesi; (5) insanlar, sistemler, ortamlar ve rekabet eden öncelikler arasındaki dinamik etkileşimin hesaba katılması.

Çalışmalarda tedavi kararları genellikle sonuç olarak alınmış ancak o kararların arkasındaki yönetimsel akıl yürütme süreçlerine yeterince odaklanılmamıştır. Klinik akıl yürütme ve karar vermede olduğu gibi yönetimsel akıl yürütme de sezgisel/analitik olmayan süreçler ile analitik düşünümsel süreçler arasındaki dengeyi gerektirir. Ancak yönetimsel akıl yürütmenin doğası gereği tanısaldan daha analitik (kasıtlı, planlı ve sistematik) olması gerektiği öne sürenler olmuştur (Cook ve ark., 2019). Cook ve ark. (2023) bu çerçevede yaptıkları bir çalışma sonucu elde ettikleri ampirik gözlemlerini altı anahtar bileşenle açıklamıştır:

- *Çözülmesi gereken problem*: Bu problem tanı olup yanı zamanda hastalığın ciddiyetini ve eşlik eden hastalıkları da içerir.
- *Yönetim seçenekleri*: Spesifik tedaviler, faydaları, maliyeti, yan etkileri, izleme ve takip için gerekenleri kapsar. Burada konsültasyonlar ve ileri tanısal testler de olabilir.
- *Tercihler, değerler, kısıtlamalar*: Hastanın, klinisyenin ve diğer ekip üyelerinin tercihleri ve kısıtlamaları ile sistemsel konuları (zaman kısıtlamaları, hasta iş yükü, sigorta kapsamına ilişkin hususlar) içerir.
- *Eğitim ihtiyacı*: Öğrenme karar vermeden önce (problemi açıklamak), karar verme sırasında (her seçeneği tartmak) ve karar verdikten sonra (sonraki adımları özetlemek) gerçekleşebilir.
- *Etkileşimler*: İnsan-insan etkileşimi, insan-bilgisayar etkileşimi ve insan-sistem etkileşimini içerir.
- *Karşılaşma akışı*: Olayların zamanlaması ve sıralamasını kapsar (öğretme, sorgulama, ekip diyalogları, ek tanısal testler, karar-verme vb.).

Tanısal akıl yürütme teorilerinde, hastalığın nasıl geliştiğini gösteren bilgilerden oluşan hastalık senaryoları ve şemalar söz konusudur (Lubarsky ve ark., 2015). Hastalık senaryolarında özellikle risk faktörlerini, hastalığın patolojisini ve sonrasındaki belirtileri, bulguları ve anormal test sonuçlarını içerir (Feltovich ve Barrows, 1984). Öte yandan, yeni bir kavram olarak tedavi şemaları veya yönetim şemaları, yönetim planlamalarının gelişmesine yön veren bilişsel yapılardır. Yapılan çalışmalar sadece spesifik görevlere ait modeller üzerinde gerçekleştirilmiştir. Örneğin "tedavi senaryosu (therapy script)" sadece belirlenen görevde

antimikrobiyal seçimi için uygulanmış, bu modelin ötesine geçilememiştir (Abdoler ve ark., 2020).

Yönetim senaryolarına ilişkin başka bir kavramsal modelde, bu modellerin zamansal evrimi vurgulanmış, klinisyenin faaliyetlerine (akıl yürütme, kararlar) odaklanılmış ve ampirik verilere dayanılmıştır (Parsons ve ark., 2020). Zamanla sadece klinisyenin değil, hastanın da dâhil edildiği aktivitelerin kapsandığı yönetim senaryosu modelleri de geliştirilmiştir. Bu yöndeki çalışmalarda senaryoların kullanılmasının tedavi planına ait akıl yürütmede önemli rol oynadığını gösterilmiştir (Cook ve ark., 2023).

Yönetimsel senaryolar, hastalık senaryolarından belirgin özellikleriyle ayrılır. Hastalık senaryosunda çoğunlukla geriye dönük bir süreç sözkonusu olup hastalıkla ilgili tanı koymak için o ana kadar yaşanan deneyimleri kapsar. Hastalık senaryosu teşhis ile sonuçlanır. Başlangıçta birçok senaryolar (hipotezler) etkinleştirilir ve daha sonra bunlar mevcut verilerle en iyi eşleşen senaryoyu seçmek için değerlendirilir. Bu yönüyle hastalık senaryosu bir varış noktası yani teşhis olarak değerlendirilir. Öte yandan yönetimsel senaryo ileriye dönük olarak işler. Klinisyene öğretme, yeni bilgiler toplama, hasta ile birlikte ortak kararlar alma ve bunların sonucunda tedavi planını hasta ile birlikte oluşturmada yol gösterir. Yönetimsel senaryo, en iyi eşleşmeyi seçerken tedavi seçenekleri arasından en uygununu seçmekten daha fazlasını kapsar. Hastayla etkin iletişimi ve ortak karar almayı da gerektirir. İnsanlar ve bağlamlar (sistemler, ortamlar, kültür) arasındaki dinamik etkileşimle oluşturulan planın sürekli izlenmesi ve duruma göre yeniden düzenlenmesi sözkonusudur. Yönetimsel senaryolar ile hastalık senaryolarının kendi aralarındaki farklılıklar, Cook ve ark. (2023) yayınlamış olduğu makaleden yararlanılarak Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Yönetimsel senaryolar ile hastalık senaryolarının karşılaştırılması (Cook ve ark. 2023'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

Özellikleri	**Yönetimsel senaryolar**	**Hastalık senaryoları**
Senaryo hedefi ve varılan sonuç	Tedavi planına götüren bir süreç sözkonusudur, sonunda yönetim planı oluşur.	Tanısal süreçler sonucunda teşhis konur.
İkili süreç düşünme teorisi ve yaşanan süreç	Genellikle Sistem 2 (analitik) düşünme daha baskındır. Çok sayıda unsur dikkate alındığından süreç daha yavaş işler.	Çoğunlukla Sistem 1 (analitik olmayan) düşünme daha baskındır. Daha az olasılıklar üzerinden daha hızlı bir süreçle tanıya gidilir.
Bilişsel yönü	Soyut, kavramsal, çoklu çözümler.	Somut, objektif, tek doğru çözüm.
Zamansal ilişki ve gelişimin hızı	İleri yönelik (klinisyenin ileriye dönük eylemlerini kapsar.) Probleme ilişkin çok sayıda olasılıklar üzerinden daha yavaş ilerler.	Geriye dönük (süreç hastanın hikâyesinden klinisyen sürece dahil olmasına doğru işler.) Tek bir tanıya ilişkin daha az olasılık üzerinden hızlı ilerler.
Senaryonun oluşturulması ve senaryo aktivasyonu, seçimi	Hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve bağlama uygun biricik/hastaya özel senaryo ve planlar oluşturma. Çoklu yolakların aktivasyonu ve en iyisinin seçimi	Bir hastalığın tipik olmayan temsillerinin tanınması. Çok sayıda aday tanının/ön-tanıların aktivasyonu ve en olası olanın seçimi
Anahtar özellikler	Çözülen problemler, yönetimsel seçenekler, tercihler, kısıtlılıklar, değerler, ihtiyaçlar, etkileşimler ve karşılaşmalar	Zemin hazırlayan durumlar, eksiklikler, sonuçlar

Genel olarak senaryolar, yönetimsel planın klinisyenin aksiyonları ve yönetim seçenekleriyle bağlantılı olarak zaman içinde geliştiği durumu tanımlar. Klinik problem, o problemin farklı yönlerinin çözümüne yönelik birden fazla aday senaryonun bilişsel aktivasyonunu tetikler. Örneğin, "yeni hipertansiyon" tanısı, "spesifik komorbiditesi olmayan hastada hipertansiyon",

“diyabetli hastada hipertansiyon”, “düşük sodyum diyeti” ve “hipertansiyonun ikincil nedenlerinin taranması” konusunda çeşitli aday senaryoları tetikler. Yine, dolaylı olarak "korunmuş ejeksiyon fraksiyonuyla kalp yetmezliğinin tedavisi", "kronik böbrek yetmezliği" ve "diyabet, hipertiroidizm ve hiperlipidemi taraması" gibi ilgili yan senaryoları da tetikleyebilir. Mevcut senaryolar ile her senaryonun detayı değişebilir. Genç bir tıp öğrencisi genel senaryo olarak “tedaviye başlama” gibi bir senaryoya sahip iken birinci basamakta görev yapan hekim tanıya-özgü senaryo ile “yeni hipertansiyonu tedavi etme” senaryosuna sahiptir. Uzman ise diyabet, böbrek yetmezliği ve uyku apnesi olan bir hasta için farklı senaryolara sahiptir. Burada hastalık senaryosunda olduğu gibi yönetimsel senaryoda da Sistem 1 düşünme (düşünümsel olmayan) devrededir. Sonrasında seçme noktasında, Sistem 2 düşünme (düşünümsel) ile yönetimsel plan için etkili olabilecek en uygun senaryo seçimi gelir. Komorbiditelerin olması gibi çeşitli vaka özelliklerine göre hastalık senaryolarında olduğu gibi önceki vakalarla örüntü-eşleşmesi olmaktadır. Klinisyenin o problem ve bağlama olan aşinalığına göre düşünümsel olmayan veya düşünümsel süreçlerle geniş bir aralıkta, yani Sistem 1 ve Sistem 2 düşüncesinin ağırlıklarındaki değişkenlikle senaryo seçimi gerçekleşir. Son olarak, seçilen senaryo "örnekleştirilir". Genel olarak, örneklemeden önce, senaryo birden fazla olası dallanma yolları ve birden fazla boş "yuvadan" ve hastaya ve bağlama özgü bilgilerle doldurulabilen unsurlardan oluşur. Örnekleme boşlukları doldurur ve belirli bir yolun seçimi ile sonlanır. Burada sözkonusu yuvalar tanının ciddiyeti veya aciliyet durumu, eşlik eden durumlar, mevcut tedaviler, alerjiler, hasta tercihleri, sistemsel zorunluluklardır. Başta bazı yuvalar boş kalabilir ve sonradan gelen ek bilgilerle doldurulabilir. Senaryo örneklemesi, yönetimsel senaryo ve yönetimsel akıl yürütmenin hastaya ve bağlama göre nasıl uyarlanabileceğini açıklamaktadır. Daha genel senaryolar daha geniş bir vaka yelpazesinde geçerlidir, ancak boş alanları doldurmak daha fazla çaba gerektirir. Daha spesifik senaryolar ise daha hızlıdır ve daha az çaba gerektirir (daha az boş alan), ancak daha az duruma uygulanır. Belirli bir problemle ilgili deneyim (tanı, hastanın eşlik eden hastalıkları ve tercihleri, sistem kısıtlamaları, vb.), o problemle ilgili daha fazla ve daha spesifik senaryoların geliştirilmesini; ve bu da, kişiye özel bir yönetim planının geliştirilmesinde daha fazla verimli olunmasını sağlar (Cook ve ark., 2023).

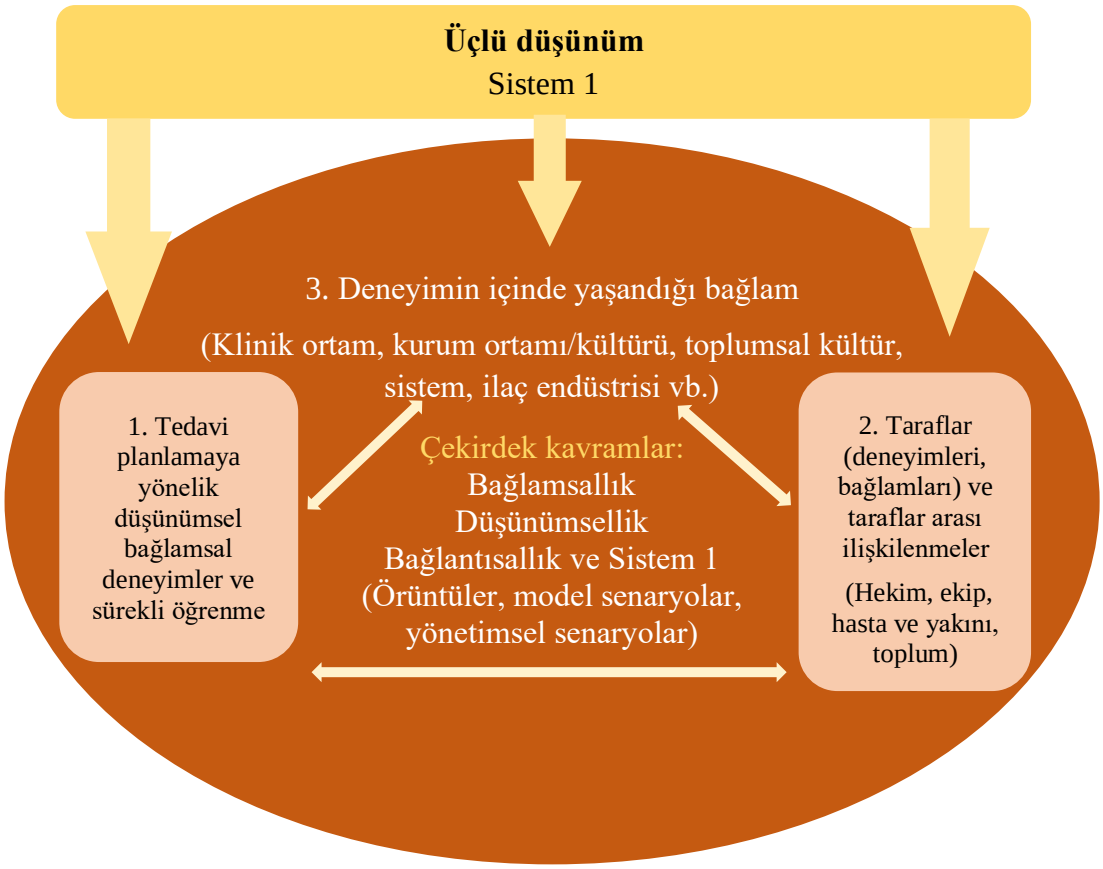
Senaryo bir kez somutlaştırıldığında (örnekleştirildiğinde), yönetim planı geliştirilirken karşılaşmalarla zaman içinde ortaya çıkan süreçte klinisyene yön gösterir. Problem, yönetim seçenekleri, tercihler, eğitim ihtiyaçları, etkileşimler ve karşılaşmalar gibi temel özellikleri kapsayan senaryolar davranışsal olarak, çeşitli yönetimsel görevler arasında seçim yapılmasına rehberlik eder. Karşılaşmaların somutlaştırılmış senaryoyla yakın uyum içinde ilerlemesi

halinde, kabul edilebilir bir yönetim planıyla sonuçlanması mümkün olacaktır. Ancak çoğu durumda, başlatıldığı şekliyle ilk senaryo yetersizdir. Senaryolar, sık rastlanmayan bir tanı veya olay, hastalık, hasta ve sistem hakkında yeni bağlantılar, içgörüler sağlamayabilir. Yine, çömez klinisyenler tarafından görülen çoğu hasta karşılaşmalarında olduğu gibi "yeni durumlarla başa çıkmak için gerekli çözümü" beraberinde getirmeyebilir. Ayrıca senaryolar dikkatin dağılması (başka bir senaryo tarafından kesintiye uğratılması, örneğin laboratuvar testlerinin hipertiroidizme işaret etmesi), engeller (engelleyici bir durumun mevcut olması veya gerekli bir durumun bulunmaması, örneğin hastanın beklenmedik bir soru sorması) nedeniyle işlevsiz olabilir veya süreç rotadan sapma ile sonuçlanabilir. Yine ilaç çok pahalı olması, tanısal testteki gecikmeler, hatalar (bir eylemin uygun olmayan şekilde tamamlanması), hastanın ısrarlı tercihleri gibi etkenler süreci ve senaryoların işlevselliğini etkileyebilir.

Yeni durumların, engellerin ve hataların tümü, düşünümsel yaklaşımla tekrarlanan düzenlemeleri beraberinde getirir. Yeni bilgilerle, mevcut bilgilerin yeniden düzenlenmeleriyle ve önceden doldurulmamış senaryo boşluklarını doldurularak ilk senaryoda birçok düzenlemeye gidilir (Sistem 2 düşünme). Yeni aday senaryolar etkinleştirilir, seçilir, somutlaştırılır. Yönetim planı, klinisyen-hasta karşılaşmalarında, bu tür karşılaşmalar arasında (örneğin, klinisyenin ek testler istemesi veya hastanın ilaçları almayı bırakmaya karar vermesi) ve ekibin diğer üyeleriyle etkileşimler yoluyla zaman içinde (devam eden strateji senaryosu) gelişmeye devam eder (Custers 2015; Cook ve ark., 2023).

Özetle prospektif olan yönetimsel senaryolar süreçte klinisyene rehberlik eder; klinisyen bu süreçte bilgi toplar, karar verir ve bir tedavi önerir ve yönetir. Yani, yönetimsel akıl yürütme sadece tedavi seçeneklerini değerlendirmeyle sınırlı değildir. Aynı zamanda etkin iletişimi, yönetimi ve hastayla paylaşılmış bir karar verme sürecini kapsar. Bu süreçte kişiler, sistem ve ortam arasında dinamik bir etkileşim sözkonusudur. Sürekli devam eden izleme ve planın yeniden düzenlenmesi süreçlerini kapsar. Bu nedenle yönetimsel senaryoları varılmak istenen bir hedef değil de bir hedeften çok planına götüren bir yolak olarak değerlendirmek daha doğrudur.

Yukarıda ele alınan teoriler ve modeller dikkate alınarak bu tez çalışması için tedavi planlamaya yönelik karar süreçlerine ve bu yöndeki öğrenmelere ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeve Şekil 2'de çizilmiştir.



Şekil 2. Düşünümsel bağlamsal deneyim ve tedavi planlamanın/yönetiminin kavramsal ve kuramsal çerçevesi

4.5. İlgili Araştırmalar

4.5.1. Genel olarak alınan eğitime ve mezun yeterliklerine ilişkin araştırmalar

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık öğrencileriyle yapılan çalışmalarda almakta oldukları eğitimin mezun olduktan sonraki görev yapacakları yerdeki görevlerini karşılayıp karşılamadığının araştırılmıştır. Çalışmada almakta olduğu uzmanlık eğitimini mecburi hizmette çalışacağı birimler açısından yeterli görenlerin oranı %59,2 iken, uzmanlık alanı olarak aile hekimliğinden memnun olanların oranı ise %89,8 olarak bildirilmiştir (Utlu ve Başak, 2018). Başka bir tanımlayıcı, kesitsel çalışmada, aile hekimliği asistanları %45'inin üç yıllık eğitim süresinin uzatılmasını ve bunun pediatri ve dahiliyedeki rotasyon sürelerinin uzatılması ve genel cerrahinin azaltılmasıyla gerçekleşmesini önermişlerdir. Ayrıca ekstra rotasyonlara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (%61,8'i dermatoloji, %58,6'sı kulak burun boğaz ve %52,4'ü radyoloji). Katılımcıların %59'u özel bir birinci basamak sağlık merkezinde rotasyonun gerekli olduğunu düşünürken, %62,8'i ortalama üç aylık bir süre ile devlet birinci

basamak sağlık merkezinde rotasyonu gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %47'si Aile Hekimliği yan dalı olarak özellikle de geriatriyi belirtmiştir. Asistanlar aynı zamanda farklı eğitim modellerinin, çalıştaylar ve e-öğrenme gibi yeni eğitim yöntemlerinin olması gerektiğini de vurgulamışlardır (Uzuner ve ark., 2010).

Yıldırım ve ark. (2018)'nın yaptığı bir çalışmada aile hekimliği asistanlarının saha eğitimleri ile ilgili görüşleri değerlendirilmiş ve saha eğitiminin E-ASM'de olması gerektiğini düşünenlerin oranı %75, E-ASM ve hastane polikliniklerinde verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranının %36 bulunmuştur. Asistanların iyi bir eğitim aldığını düşünenlerin oranı %39,50, zorunlu rotasyonların süresinin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %68,50 asistanlık süresi yeterli olarak düşünenlerin oranı %66,5 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %49,50 asistanlığında iyi eğitim aldığına inandığını belirtmiştir.

Aile Hekimliği "Uygulama Eğitimi" ile ilgili olarak Avrupa Aile Hekimliği Kongresinde yapılan bir atölye çalışmasında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde yapılması gerekenlerin tartışılmıştır. Bu çalışmada öne çıkan konular şunlar olmuştur: mezuniyet sonrası eğitimde birincil önceliklerin belirtilmesi, hangi semptomlara odaklanılacağının, aile hekimliği alanında hangi hastalıklara bakılacağının (örn. obezite) tanımlanmamı, rotasyon eğitimlerinin standardizasyonu ile ilgili uzlaşmanın sağlanması. Özellikle mezuniyet öncesi dönemde 6. sınıf aile sağlığı merkezi (ASM) ve Anabilim Dalları tarafından teorik ve pratik eğitim ile birlikte hasta başı uygulama eğitiminin önemine dikkat çekilmektedir (Kara ve ark., 2016).

Literatür mezuniyet öncesi tıp eğitimi açısından değerlendirildiğinde araştırmalarda mezuniyette hedeflenen düzeyde olmayan yeterliklerin ilk sıralarında tedavi planlamanın yer aldığı görülmüştür. Yapılan araştırmalarda tıp fakültesi öğrencilerinin temel yeterliklerin çoğu açısından mezuniyet aşamasında kendilerini yeterli hissetmedikleri, beceri ve tutumlarda zorlandıkları, bazı uygulamaları yapmaktan çekindikleri ve reçete düzenlemede zorlandıkları bildirilmiştir (Alexander ve ark., 2014;. Dornan ve ark., 2009; Harding ve ark., 2010; Monrouxe ve ark., 2017; Donker ve ark., 2022). Örneğin ülkemizde yapılan bir çalışmada, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesindeki intörnlerin hastalıklar, girişimler, acil müdahaleler, resmi konularda (bir üst makama yazı yazma, ölü muayenesi yapma ve defin ruhsatı verme, personelden savunma istemek, travmalı hastaya adli rapor yazma, resmi sağlık raporu vermek, personelin yıllık izinlerini düzenlemek, resmi aracının sevk ve idaresi) ve reçete yazabilme becerisinde kendilerini yeterli görmedikleri saptanmıştır. İntörnlerin sadece %4,5'i ilaçlar hakkında güncel gelişmeleri takip ettiğini, %9,0'ı genel ilaç bilgilerinin yeterli olduğunu ve %21,6'sı reçete yazabilme yeterliliğine sahip olduklarını belirtmişlerdir (Özgün ve ark., 2006). Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1999 yılında yapılan bir çalışmada, öğrencilerinin %20,2'si

aldıkları eğitimin pratisyen hekimlik için yeterli olduğunu belirtmişlerdir (Köksal ve ark., 1999), 2012 yılında İstanbul Tıp Fakültesi yapılan bir diğer çalışmada bu oran %14,8 bulunmuştur (Yalçınoğlu ve ark., 2013).

Diğer ülkelerde de benzer bir durum söz konusudur. Birleşik Krallık'ta yeni mezunların yeterliliğine ilişkin yapılan çalışmaların derlemesi ile hazırlanan bir çalışmada özellikle yeni mezun hekimlerin öykü alma, fizik muayene, damar yolu açma gibi becerilerde yeterli oldukları bulunmuştur. Ancak güvenli ve yasal reçete yazma konusunda yeterince hazırlıklı olmadıklarını gösteren çok sayıda kanıt olduğu ve klinik akıl yürütme ve tanılar, acil hastaların erken yönetimi, yaranın dikilmesi, santral venöz katater ve göğüs tüpü takılması, etik ve yasal konularla ilgilenmek ve klinik ortamın nasıl çalıştığını anlamak konularında sorunlar olduğu belirtilmiştir (Monrouxe ve ark., 2017).

4.5.2. Tedavi planlama ile ilgili araştırmalar

Literatürdeki çalışmalar çoğunlukla nicel türde araştırmalardır. Araştırmalarda hastanelerde yapılan reçeteleme hatalarının çoğunluğunun tıp fakültesinden yeni mezun olan genç hekimler tarafından yapıldığı ve bunda bireysel, çevresel ve idari düzeyde birçok faktörün etkisinin olduğu bildirilmiştir. Yeni mezun hekimlerin bu konudaki bilgi ve becerisi artırılarak olası hataların azaltılması mümkün olabileceğinden tıp eğitiminde bu konuya daha fazla yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Aydın ve ark., 2012; Likic ve Maxwell, 2009). Örneğin Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmada tıbbi hataların en sık nedenlerinden birisinin reçeteleme hataları olduğu, reçete hatalarının %43'ünün yanlış ve ihlal, %57'sinin ise ihmalden kaynaklandığı bildirilmiştir (Dean ve ark., 2002). Yapılan başka bir çalışmada ise yatan hasta reçeteleri incelenmiş ve ciddi hatalar olduğu ve bunların çoğunun ilaç dozu seçiminden kaynaklandığı bildirilmiştir (Leape ve ark., 1991; Barber ve Dean, 1998; Ross ve Maxwell, 2012).

Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimlerinin yaptığı hataların başında reçete yazmadaki hatalar vardır (Dovey ve ark., 2003). Bir çalışmada, aile hekimlerinin birinci basamaktaki ilaçla ilgili hataları, ilaç hatası kodlama aracı kullanılarak analiz edilmiş ve hataların %70'inin reçeteleme hatası, %10 ilaç uygulama hatası, %10 dokümantasyon hatası, %7 dağıtım hatası ve %3 takip hatası olarak belirlenmiştir. Bildirilen ilaç hatalarının %16'sı advers ilaç reaksiyonuna neden olmuştur. Hatalardan kaynaklanan zararın ciddiyeti şu şekilde sıralanmıştır: önlendi ve hastalara ulaşmadı (%41), hastalara ulaştı ancak izleme gerektirmedi (%35), hastalara ulaştı ve izleme gerekli (%8), ulaşıldı müdahale gerektirdi (%13) ve hastalara ulaşarak hastaneye yatırılmayla sonuçlandı (%3). Hastalara ulaşması engellenen hataların %40'ının eczacılar,

%19'unun hekimler, %17'sinin hastalar ve %7'sinin hemşireler tarafından önlendiği bulundu. Bu çalışma sonucuna göre bildirilen hataların %57'sinin gelişmiş elektronik reçete yazma ve izleme araçlarıyla önlenebileceği vurgulanmıştır (Kuo ve ark., 2008).

Eğitimlerinin son yılındaki tıp öğrencilerinin mezuniyette yeterli düzeyde reçete yazma yeterliliğine sahip olmadıkları gösterilmiştir. Bu durumun muhtemelen klinik farmakoloji ve terapötik klinik eğitimin yetersiz olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir (Brinkman ve ark., 2017b). Tıp fakültesinde farmakoloji eğitimi eğitimin ilk yıllarında yer almakta ve pratikten ziyade teorik temelli kalmaktadır. Teorik derslerin içerikleri "ilaç-odaklı" olmakta endikasyonlar, yan etkiler, etkileşimler şeklinde yürütülmektedir. Ancak klinikte olduğu gibi tanıdan tedaviye gidilmesi yönündeki yaklaşım uygulanmalıdır. Çünkü tedavi seçiminde dikkate alınması gereken hastanın yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı ve sosyokültürel özellikleri farklı olabilmekte ve tedaviyi yönlendirmektedir. Özellikle hastanın algısı, tedaviye uyuncu ve uygun tedavi için onam vermiş olması da önemlidir. Bu nedenle eğitimde bu yaklaşımla stratejiler uygulanması, problemden tedavi seçimine gidilmesi yönünde klinik eğitimle birlikte yürütülmesi önemlidir. Literatürde probleme dayalı öğrenme modelinin uygulandığı farmakoloji eğitimlerinin öğrenmeye katkı sağladığı, reçete yazma davranışını olumlu etkilediği yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Akici ve ark., 2005; WHO, 1994).

Öğrencilerin görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalarda mezuniyet öncesi eğitim döneminde müfredatta reçete yazma pratiğinde yetersiz yer verildiği vurgulanmıştır (Tobaiqy ve ark., 2007). Çalışmaya katılanların %30'u klinik farmakoloji ve tedavi bilgilerini zayıf veya daha kötü olarak değerlendirirken yalnızca %8'i iyi olarak değerlendirmiş; %74'ü bir advers ilaç reaksiyonuna (AİR) ve %55'i bir ilaç-ilaç etkileşimine tanık olduklarını bildirmişlerdir. Bunların bir kısmı hastada morbidite veya mortalite ile sonuçlanmıştır. Bu olayların çoğunun, daha kapsamlı mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimle önlenebilir veya öngörülebilir olduğu yönünde düşünce bildirmişlerdir. Ankete katılanların %42'si, eğitim döneminde AİR'lerden kaçınma konusunda, %60'ı ise ilaç-ilaç etkileşimlerinden kaçınma konusunda kendilerine yeterince eğitim verilmediğini belirtmişlerdir. Yanıt verenlerin %75'inden fazlası başkasına danışmadan kendini güvende hissederek kullandığı ilaçların varfarin, nonsteroidal analjezikler ve opiat analjezikler olduğu bildirmişlerdir.

Birleşik Krallık'ta yapılan başka bir çalışmada yeni mezun öğrencilere General Medical Council tarafından belirlenen reçete yazma yeterliklerini elde edebileceklerinden emin olup olmadıkları sorulmuştur. Katılımcılar %42'si bu görüşe katılmadıklarını belirtirken yalnızca %29'u katıldıklarını belirtmişlerdir. Sadece %35'i eğitim sırasında hastane reçete çizelgesini üç defadan fazla doldurduklarını ve %38'i reçete yazma konusunda kendilerini 'kendinden emin'

olarak hissettiklerini ifade etmişlerdir. Çoğunluk (%74), bu alandaki eğitimi 'çok az' olarak değerlendirmiş, değerlendirmenin 'bilgi ve becerileri kapsamlı bir şekilde test ettiği' fikrine katılımcıların %56'sının katılmadığı görülmüştür. Klinik farmakoloji ve tedaviye ilişkin en yaygın öğrenme "klinik bağlanma sırasında fırsatçı öğrenme" (%41) olarak tanımlanmıştır (Heaton ve ark., 2008).

Avrupa'da 27 ülke, 185 tıp fakültesinin katılımıyla yapılan bir kesitsel çalışmada Avrupa Birliği ülkelerindeki farmakoloji ve klinik farmakoloji eğitimi ve değerlendirme yöntemi sorgulanmış, öğrencilerin reçete yazma ile ilgili hazır olma durumlarına ait veriler toplanmıştır. Çalışmada çoğunlukla geleneksel öğrenme yöntemlerinin kullanıldığı ve öğrencilerin gerçek klinik yaşamda reçete yazma pratiklerinin yeterli olmadığı (okulların üçte ikisinden fazlası) görülmüştür. Tıp fakültelerinin çoğunda (%69) öğrencilerin, yeni mezun hekim olarak reçete yazmaya yeterince hazırlıklı olduklarını düşünmedikleri ortaya konmuştur. Ülkeler arasında farklılık olmakla birlikte öğrenme hedeflerinin genel olarak zayıf kaldığı ve hedeflerin genellikle öğrenme ortamı ve değerlendirme faaliyetleriyle tutarlı olmadığı belirlenmiştir (Brinkman ve ark., 2017b).

Aile hekimliği yapmakta olan 454 kişinin katıldığı bir çalışmada ise katılımcıların %7,9'unun AİK ile ilgili kendini yetersiz gördüğü, büyük oranda reçete yazarken hastaların taleplerinin dikkate alındığı, bilgi kaynağı olarak ilaç firmalarının tanıtımlarından yararlanıldığı, reçete yazarken en fazla ilacın etkinliğinin, en az fiyatının dikkate alındığı, ilacın yan etkileri hakkında hastaları bilgilendirenlerin oranının ise %46,9 olduğu bildirilmiştir (Koçkaya ve ark., 2020).

Tıp fakültesi öğrencileri ve yeni mezun genç hekimlerin reçete yazmada zorluklar yaşadıkları çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Ellis, 2002). Reçete yazma becerisi deneyimle birlikte temel klinik farmakoloji bilgisi ve ilaçlar hakkında yeterli bilgiyi gerektirmektedir. Bu durum yeni mezun hekimler için zor bir süreçtir. Üstelik birçok ilaç arasında seçim yapmayı gerektirmesi, tedavi rejimlerinin karmaşık olması, yeni ilaçların piyasaya çıkması ile birlikte yaratılan kafa karışıklığı gibi birçok faktör nedeniyle hekimler için bu sürecin yönetimi gittikçe daha da zorlaştırmaktadır. Birleşik Krallık'ta, 25 tıp fakültesinden 2413 öğrencinin katılımıyla yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların sadece %38'inin kendisini reçete yazma konusunda yeterli hissettiği belirlenmiştir (Brinkman ve ark., 2018). Reçete yazma becerisinin araştırıldığı makalelerin incelendiği bir derlemede ise, son sınıf öğrencilerinin reçete yazma yeterlikleri değerlendirilmiş ve yapılan çalışmaların sonuçlarına göre son sınıf öğrencilerin güvenli ve etkili reçete yazma yeterliklerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Farmakoloji eğitiminde yapılacak değişikliklerle eğitimde reçete yazmaya önem verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Ross ve Loke, 2009).

Nijerya'da beşinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada iyi reçete yazma prensipleri ile ilgili bilgi düzeylerini sorgulayan standart bir anket, reçete yazma becerilerini değerlendirmek için de vakalar kullanılmıştır. Öğrencilerin %91,18'inin akılcı reçete yazmanın, uygun ilaç formülasyonunun doğru dozajını reçete etmeyi gerektirdiğini bildikleri görülmüştür. Reçetelerin %29,03'ünde ilacın doz bilgisi ve ilacın yitiliği, gücü ile ilgili bilgi yer almıyorken, hiçbirinde hasta için talimat yer verilmediği görülmüştür. Reçetelerin %51,61'inde reçeteyi yazanın adı ve reçetelerin %58,06'sında imzası mevcutken, reçetelerin %50'sinden azında hastanın adı, dosya numarası, yaşı ve cinsiyet bilgilerinin yer almadığı bulunmuştur. Malarya şüphesi olan çocuk vakasında ortalama 3,71 ilaç reçete edilmiş; en sık reçete edilenler antimalaryal ve parasetamol olmuştur (Oshikoya ve ark., 2008).

Singh ve ark. (2019) çalışmasında ise, DSÖ temel ilaç kullanımı indikatörüne göre reçeteler incelenmiştir. Reçetelerin %73,3'ünde doğru doz ve dozajın yer aldığı, reçetelerin %64,2'sinde tanı yazıldığı bildirilmiştir.

Hollanda ve Belçika'daki yeni mezun hekimlerin reçete yazma ile ilgili bilgi ve becerilerinin mezuniyetten sonraki yıl içinde nasıl değiştiğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada katılımcılara üç dönemde değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme mezuniyette (± 4 hafta), ikinci değerlendirme mezuniyetten 6 ay sonra ve üçüncü değerlendirme mezuniyetten 1 yıl sonra yapılmıştır. Değerlendirmede 35 çoktan seçmeli soru içeren test ile 3 adet polifarmasi içeren klinik vaka senaryosu kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre mezunların bir yıl sonra reçete ile ilgili bilgileri aynı kalırken reçete yazma becerilerinin kötüleştiği tespit edilmiştir. Yeni mezun hekimlerin mezuniyetten sonraki ilk yıl içinde otomatik olarak daha iyi reçete yazma becerileri olacağı varsayımının geçerli olmadığını görülmüş ve reçete yazma bilgi ve becerilerini geliştirmek için şunların önerildiği belirtilmiştir: (1) mezuniyet öncesi müfredatında klinik farmakoloji eğitimi, yeterliliği artırmak için yoğunlaştırılmalıdır; (2) yeni mezun hekimler için hangi eğitim müdahalelerinin uygunluğu araştırılmalıdır; (3) terapötik akıl yürütmeye vurgu yaparak, yeni mezun hekimler için reçete yazma bilgi ve becerilerine ilişkin yapılandırılmış, boylamsal eğitim programları geliştirilmelidir (Donker ve ark., 2022).

Beceriye dayanan reçete yazma eğitimlerinin pratiklik kazanmak bakımından klinik ortamındaki hastalarla yapılmasına ihtiyaç vardır. Alışkanlıkların kazanılmasında reçete uygulamasının önemli olması nedeniyle, eğitimler sırasında uygulamaların arttırılması, öğrencilerin karar vermelerini ve hastalara yönelik tedavi planlamalarını geliştirmelerine yardımcı olabilecektir. Toplam 47 çalışmanın dâhil edildiği bir sistematik incelemede, 20 çalışma reçete yazma yeterliliğini ve 27 çalışma ise reçete yazma performansını değerlendirmiştir. Farklı çıktı ölçümleri ve değerlendirme yöntemleriyle çok çeşitli eğitim

müdahaleleri içeren çalışmalardan özellikle altı çalışmada, DSÖ Reçete Yazma Rehberi kullanılarak verilen özel reçete yazma eğitiminin, farklı klinik ortamlarda reçete yazma yeterliliğini arttırdığı gösterilmiştir. Geribildirimler ve sürekli tıp eğitimi değerlendirme sonuçlarına göre de olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Kamarudin ve ark., 2013).

Reçete yazma hekimlerin en sık yaptığı uygulamalardandır ve kanıta dayalı bilginin kullanılması ile birlikte klinik karar verme ve değerlendirme gibi yeterlikleri de gerektiren karmaşık bir görevdir (Ross ve Maxwell, 2012). Literatürde çoğunlukla tanısal akıl yürütme, nedenselleştirme süreçlerindeki deneyimlere yönelik araştırmalar ve teoriler çalışılmıştır. Benzer şekilde tedavi planlamadaki akıl yürütme de teorilerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Ancak bu teoriler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin bazı teorilerde tedavi süreçlerine ilişkin akıl yürütmede paylaşılmış karar verme ve izleme görevi ile çoklu çözüm ön plana çıkmaktadır. Burada karar verme bağlama bağlı (hasta, sistem tercihi, sağlık sunucusu vb.) bir süreç olarak ele alınmaktadır ve bu durum hasta ile iletişimin gerekliliği güçlendirmektedir (Cook ve ark., 2018). Tedaviye ilişkin akıl yürütme ile ilgili araştırmalarla, bilişsel süreçlerin anlaşılması, öğretme stratejileri ve çoklu tedavi planlarını önceliklendirme araçlarının araştırılması önemlidir (Cook ve ark., 2019; Bergl ve ark., 2020). Klinisyenlerin geliştirdiği zihinsel şemaları ve bu şemaların tıbbi karar vermede kullanımını tanımlamak için bazı araştırmacılar tarafından "tedavi model senaryosu (script)" terimi tanımlanmıştır (Parsons ve ark., 2020) ve bu kapsamda "model senaryolar (script) teorisi" geliştirilmiştir. Bu teoriler çerçevesinde tasarlanacak araştırmalarla literatüre bu odakta kanıt sunmak ve bununla tedavi planlamaya yönelik eğitimlerin niteliği arttırmak önemlidir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölüm araştırmanın tasarımı, araştırma süreci, verilerin toplanması ve verilerin analizi olmak üzere dört alt başlıktan oluşmaktadır.

5.1. Araştırmanın Tasarımı

Katılımcıların tedavi planına ilişkin yeterlikleri algıları ile bu yöndeki deneyimleri ve davranış örüntüleri ortaya koymak için tasarlanan bu tez karma desenli bir araştırmadır. Yedi bölgeden seçilen yedi devlet tıp fakültesinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Tasarım ilk hali, yedi tıp fakültesinden, son sınıf tıp öğrencileri (intörnler), Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri ve Aile Hekimliği eğiticilerin katılımıyla planlanmıştır. Ancak tüm çabalara rağmen intörnlerden yeterli veri toplanamamıştır. Bunun üzerine tasarımda düzenlemeye gidilmiş, intörn verilerinin toplanacağı fakülte sadece bir fakülte ile sınırlandırılmıştır. Bir fakülteden de yeterli veri toplanamayınca katılımcılardan intörn grubu çıkarılarak çalışma uzmanlık öğrencileri ve eğiticilerle yürütülmüştür. İntörn katılımı, çalışmanın birebir görüşme kısmıyla sınırlı kalmış ve toplanan verilerin, nitel kısmı güçlendirmek amacıyla analiz edilmesinin iyi olacağına karar verilmiştir.

5.1.1. Araştırma deseni

Karma desenli bu tezde veriler nitel ve nicel araştırma yöntemlerini kullanılarak elde edilmiştir. Karma desenli araştırmalarda her iki araştırma yaklaşımı ile nitel ve nicel araştırma yöntem ve araçları birlikte kullanılmaktadır (Tashakkori ve Teddlie, 2010).

Genel olarak nicel araştırmalarda tümdengelimsel örnekleme yöntemleriyle soru formu, anket ve ölçek gibi araçlar kullanılarak sayıları içeren sistematik ölçümler elde edilmektedir (Baltacı, 2018). Tezde araştırmacılar tarafından oluşturulan anketle (Ek 2), tıp fakültesindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal ÇEP'inde TT ile kodlanan hastalıkların tedavi planları konusundaki yeterlik algılarına ilişkin nicel veriler toplanmıştır.

Nitel desenli araştırmalarda ise, tümevarımsal örnekleme yöntemleriyle, katılımcıların gerçek ortamları gözlemlerini, derinlemesine görüşmeler, odak gruplar ve belge analizi gibi yöntem ve teknikler kullanılarak veriler elde edilmektedir. Nitel araştırmalarda, karmaşık davranışların, süreçlerin, ilişkilerin, ortamların ve sistemlerin zengin, eksiksiz ve ayrıntılı açıklamalarına olanak tanıyan kelimeler, görüntüler ve gözlemlerden oluşan nitel veriler (yazılı notlar, fotoğraflar, ses bantları, videobantları veya çizimler olarak kaydedilmiş) elde edilir. Nitel

araştırmada, katılımcıların olguları, olayları, fenomenleri nasıl deneyimledikleri ve deneyimlerini nasıl "anlamlandırdıkları" ortaya çıkarmaya çalışılır. Bağlamı kontrol etmek yerine bağlam araştırmanın bir bileşeni olarak değerlendirilir. Analiz etme ve yorumlama için insan potansiyelini kullanılarak doğru, kapsamlı ve açıklayıcı bilgiler ortaya çıkarmaya, yorumlar yapılmaya çalışılır (Peshkin, 1993).

Nitel çalışmalarda örnekleme metodu, veri toplama, analiz ve yorumlama süreçleri niceliksel araştırmalardan farklı varsayımlarla yapılır. Nitel araştırma yapılırken, katılımcıların ilgilenilen fenomenler hakkındaki bakış açılarını anlamaya ve katılımcıların bu fenomenlerle ilgili oluşturdukları anlama, tutuma, davranışa vb. ilişkin örüntüler, kalıplar ortaya çıkarmaya çalışılır. Olayın gerçekleştiği ortam gözlemlenir, bu sırada katılımcının günlük rutini aynen devam ediyor olmalıdır. Çevresel ipuçları, durumların bütünsel olarak algılanması, sözel olmayan bilgilerin yakalanması ve beklenmeyenin keşfi söz konusudur. Deneyimi yaşayan kişilerle görüşmeler yapılır. Nitel araştırmacılar, verileri analiz etmek için büyük ölçüde tümevarımcı bir yaklaşım kullanır. Çoğunlukla önceden belirlenmiş ilkeler veya teoriler ışığında gözlemlenen ayrıntıları açıklamanın yerine, çalışma sırasında ortaya çıkan ayrıntılardan genel ilkelere, kavramsal ve teorik çerçevelere gidilir (Merriam, 1998).

Nitel araştırmada sıklıkla kullanılan farklı felsefi çerçeveler, desenler, yöntemler arasında etnografi (kültürel çalışma), fenomenoloji (birinin deneyiminin anlamını anlamaya çalışma) ve gömülü/temellendirilmiş teori (nispeten çalışılmamış bir alanda teori inşa etme) gibi birden fazla desen ve yöntem bulunmaktadır (Hanson ve ark., 2011). Bunlar, eğitim araştırmalarında eğiticilerin ve öğrenenlerin içinde yer aldıkları karmaşık ortamları (klinik ortam, öğrenme ortamı), incelikli öğrenme ilişkilerini/klinik etkileşimleri, profesyonelliği ve tıp eğitiminde daha önce açıklanmamış olan konuları incelemek için kullanılmaktadır (Co ve Perrin, 2005; Siegel ve Greenberg, 2001; Maudsley, 2011).

Nitel araştırmalarda çeşitli veri kaynakları kullanılmaktadır. Görüşmeler (derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi), anlatılar (kişisel hikayeler, açık uçlu sorulara verilen yazılı cevaplar), gözlemler (alan notlarında kaydedilmiş, fotoğraflar veya video kayıtları) ve arşiv belgeleri (müfredat kılavuzları, ders programları, misyon beyanları, toplantı tutanakları ve idari dosyalar) sık olarak tercih edilmektedir. Yine araştırmacılar, katılımcıları bir çalıştayda toplayarak çalıştay sırasındaki konuşmalarını kaydederek, yazıya dökerek ve ortaya çıkan ürünleri analiz ederek veri toplayabilmektedirler.

Karma desenli tasarlanan bu tezin ikinci aşamasında, ikinci ve üçüncü araştırma problemi kapsamında, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ve eğiticilerin tedavi planına ilişkin deneyimlerine yönelik veriler birebir derinlemesine görüşmelerle elde edilmiştir. Bu yöndeki

verileri güçlendirmek amacıyla ayrıca bir grup son sınıf tıp fakültesi öğrencisi ile de derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

5.1.2. Evreni ve örneklemi

Nitel araştırmalarda amaçlı örnekleme kullanılır. Araştırmacı, belirlediği amaca ve sıraladığı araştırma sorularına yönelik en uygun verileri elde edebilecek katılımcı ve/veya belge örneklerini seçer. Olağan vakalar/durumlar, uç vakalar/durumlar, kritik vakalar/durumlar veya maksimum çeşitlilik gösteren vakalar örneklenir. Örneklemdeki kişiler veya belgelerin incelenen soruyu ele almak için gerekli ve yeterli/doyurucu verileri sağlaması önemlidir. Araştırma ilerledikçe, araştırmacı, fenomeni daha derinden anlamak, temaları (verilerin daha üst düzey, daha kavramsal yorumu) veya veri kategorilerini netleştirmek, ortaya çıkan içgörüleri doğrulamak veya sorgulayabilmek amacıyla veride doygunluğa ulaşana kadar ek katılımcılar veya belgeler dâhil edebilir. Ayrıca, örneklemin temsil ettiği bakış açılarını genişletmek için kartopu örnekleme (mevcut katılımcılardan bildikleri başka kişileri yönlendirmelerini isteme) veya teorik örnekleme (önceki araştırma veya teorik modellere dayalı olarak belirli özelliklere sahip veya belirli gruplardan katılımcılar) yoluyla ek katılımcılar belirlenebilmektedir (Kuper ve ark, 2008).

Tam olarak kaç katılımcının dâhil edileceğini önceden bilmek mümkün olmamakla birlikte, araştırmaya belirli bir katılımcı sayısı ile başlanmakta ve verilerde tekrara düşene kadar veri toplamaya devam edilmektedir. Bu nedenle nitel araştırmalarda, önceden belirlenmiş sayıda katılımcıdan daha önemli olan araştırma konularını, temaları doğrulamak için verilerin yeterliliğinin sağlanmasıdır.

Nitel araştırmada bir örnekleme planı geliştirirken, çalışmaya bilgi sağlayabilecek çeşitli veri kaynakları dikkate alınabilir ve birden fazla yöntem kullanılabilir (üçleme). Görüşmeler, yazılı anlatılar, gözlemler ve/veya belgelerin gözden geçirilmesinden elde edilen verilerin toplanması ve birden çok taraftan veri toplanması (veri üçlemesi) ile araştırılan konunun derinlemesine anlaşılmasını sağlanır. Örneğin klinik eğitim alanında tasarlanan bir nitel araştırmada, birey (öğrenen, eğitici), öğrenen topluluğu (bir tıp fakültesi sınıfı, belirli bir staj grubu vb.), çalışma topluluğu (ekipler) araştırma problemlerine ilişkin çoklu veri toplanarak deneyimin/durumun derinlemesine incelenmesi amaçlanır.

Çalışmanın ne zaman doygunluğa ulaştığını belirlemek için, nitel araştırmacılar veri toplamaya devam ederken verileri analiz eder, veri toplamayı sonlandırmaya karar vermeden önce temaların yeterince tekrarlandığından ve yeni bir içgörü ortaya çıkmadığından emin olur. Akran debrifingi (veri toplama ve analiz sırasında çalışanların ortak içgörüler ve geçici temaların

tartışılması) ile temaların tekrar ettiği ve doygunluğa ulaştığı konusunda uzlaşma sağlandığında örneklemin yeterli olduğunu anlaşılır (Lincoln ve Guba, 1985).

Bu tez, amaçlı örneklemle, belirlenen kriterlerine (dahil etme ve dışlama) göre Türkiye'nin her bölgesinden seçilen birer Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim almakta olan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ve eğiticilerin katılımıyla yapılmıştır. Birinci araştırma problemi kapsamında öğrenenlerin tedavi planlamaya ilişkin yeterlik algılarını değerlendirmek için araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanan anket belirlenen tıp fakültelerinin aile hekimliği uzmanlık öğrencileriyle yapılmıştır. Çalışmaya 2021-2023 yılları arasında eğitimlerine devam eden tüm öğrenenler dâhil edilmiştir.

Çalışmanın ikinci ve üçüncü araştırma problemleri kapsamında gerçekleştirilen görüşmeler aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve eğiticileri arasından görüşmeyi kabul edenlerle çevrim-içi derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Bu yöndeki verileri güçlendirmek için (veri üçlemesi) ayrıca İstanbul Medeniyet Üniversitesi (6), Marmara Üniversitesi (2) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi (2) Tıp Fakültelerinde okuyan 10 son sınıf tıp öğrencileriyle de görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu şekilde tarafların tedavi planlama süreçlerindeki deneyimleri, karar, davranış ve yaklaşım örüntüleri ile bu süreçlerde dikkate aldıkları faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Her bir bölgeden birer tıp fakültesi belirlerken çalışmaya dahil etme kriterleri şu şekilde sıralanmıştır: (1) En az 10 yıldır tıp mezunu veren ve bünyesinde Aile Hekimliği uzmanlık programı olan devlet üniversiteleri ve (2) Belirlenen tıp fakültelerindeki tüm aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve eğiticileri. Tek dışlama kriteri ise, "Son 3 yıldır uzmanlık öğrencisi almayan Aile Hekimliği bölümleri" olarak belirlenmiştir.

5.1.3. Katılımcılar

Yukarıda sıralanan kriterler dikkate alınarak her bölgeden bir devlet tıp fakültesi belirlenmiş, ilgili anabilim dallarıyla görüşülmüş ve kurumlar arası yazışmalar yapılmıştır. Süreç sonunda çalışmaya katılmayı kabul eden yedi tıp fakültesinde araştırma yürütülmüştür. Bu tıp fakültelerinin bölgelere göre dağılımları şu şekilde olmuştur:

- Akdeniz Bölgesi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Doğu Anadolu Bölgesi: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ege Bölgesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Güneydoğu Anadolu Bölgesi: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
- İç Anadolu Bölgesi: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Karadeniz Bölgesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Marmara Bölgesi: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Veriler toplanırken ve analizler yapılırken araştırmaya katılan bireylerin mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmiştir, katılımcıların kimlik bilgileri anonimleştirilerek gizli tutulmuştur. Araştırmacılar, katılımcıları kodlayarak verileri analiz etmişlerdir. Katılımcıların kişisel bilgileri üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planı yeterlik algılarını değerlendirme aşamasında araştırmaya dahil edilen fakültelerdeki tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiş ancak tamamından veri toplanamamıştır. Birden fazla yol ve deneme sonrasında veri toplanabilen öğrenci sayıları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Tedavi planına yönelik yeterlik algıları anketine katılan uzmanlık öğrenci sayıları

Üniversiteler	**Katılan öğrencisi sayısı n (%)**	**Toplam öğrencisi sayısı (n)**
Marmara Üniversitesi	27 (%58,7)	46
On Dokuz Mayıs Üniversitesi	30 (%62,5)	48
Dicle Üniversitesi	4 (%57,1)	7
Hacettepe Üniversitesi	44 (%97,8)	45
Atatürk Üniversitesi	32 (%80,0)	40
Çukurova Üniversitesi	17 (%48,6)	35
Dokuz Eylül Üniversitesi	55 (%68,8,)	80
Toplam	**209 (%69,4)**	**301**

İkinci aşamada niteliksel değerlendirmede, birebir derinlemesine görüşmeler her grup katılımcıdan, gönüllü olan 1-2 kişi ile başlatılmış ve elde edilen verilerde yeterli doygunluğa ulaşılınca görüşmeler sonuçlandırılmıştır. Sonuçta 15'i uzmanlık öğrencisi, 12'si eğitici olmak üzere toplam 27 kişi ile görüşmeler tamamlanmıştır. Toplanan verileri çeşitlendirmek amacıyla bu sayıya 10 son sınıf tıp öğrencisi daha dahil edilmiştir. Görüşme yapılan uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerin sayısal dağılımları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Niteliksel görüşmeye katılan uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerinin sayı dağılımları

Üniversiteler	**Uzmanlık öğrencisi sayısı**	**Eğitici sayısı**
Marmara Üniversitesi	3	3
On Dokuz Mayıs Üniversitesi	3	2
Dicle Üniversitesi	2	1
Hacettepe Üniversitesi	2	1
Atatürk Üniversitesi	3	1
Çukurova Üniversitesi	1	3
Dokuz Eylül Üniversitesi	1	1
Toplam	15	12

5.2. Araştırma Süreci

Tez çalışması için etik kurul onayı (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Karar no-tarih: HNEAH-KAEK 2021/KK /218 - 02.08.2021) ve katılımcı tüm tıp fakültelerinin dekanlıklarından kurumsal izinler alındıktan sonra Ekim 2021'de veri toplama süreci başlanmıştır.

Yukarıda açıklandığı gibi araştırma tasarımın ilk halinde tıp fakültesi son sınıf öğrencileri de bulunmaktaydı. Yedi bölgeden seçilen yedi tıp fakültesi son sınıf öğrencileriyle intörnlük eğitim dönemlerinin son iki ayında veri toplama süreci başlatıldı. Üniversitelerin intörn öğrencilerine ulaşılarak anket ve derinlemesine görüşmelerle veriler toplanmaya çalışıldı. Tüm katılımcı üniversitelerin yetkili kişilerine ulaşılarak Google-forms ile hazırlanan anket öğrencilerle paylaşıldı. Ancak çok sayıda denemeye rağmen yedi üniversitenin beşinden toplam 40 intörn öğrenci tarafından anket doldurulduu. Bunun üzerine sadece bir üniversitenin tıp fakültesinden yeterli sayıda katılımcı ile veri toplanması planlanarak İstanbul Medeniyet Üniversitesi çalışmaya dahil edildi. Yine araştırma tasarımın ilk hali, uzmanlık öğrencilerinden tedavi planına ilişkin yeterlik algılarıyla ilişkili bir yıl arayla iki seri halinde veri toplanması şeklinde idi. İlk seri verilerde bile yeterli sayıda katılımcıya ulaşmada güçlük yaşanması nedeniyle ikinci veri toplama aşaması çalışmadan çıkarıldı. Bu değişiklikler sonrasında düzenleme için Etik Kurulu başvurularak ilgili etik kurul onayı alındı (HNEAH-KAEK 2021/KK /218 - 13.06.2022). Sonrasında, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2023 yılı Haziran ayı sonunda mezun olacak intörnlerle anket paylaşılarak doldurmaları istendi ve haftalık hatırlatmalar yapıldı. Ancak bu çabaya rağmen anketi dolduran intörn sayısı 12 öğrenci ile sınırlı kaldı. Bu iki deneme sonrasında intörnlerin çalışmadan çıkarılması uygun görüldü. Sözkonusu ikinci düzenleme ve bunun ortaya çıkardığı tez başlığı değişikliği

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na bildirilerek yeni bir Etik Kurul kararı daha alındı (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Karar No: HNEAH-KAEK 2024/KK/18 (2021-218) - 26.02.2024).

Araştırmanın Aile Hekimliği bölümdeki süreçler Ekim 2021'de başlamıştır. Uzmanlık eğitimi almakta olan öğrencilerle anket ve derinlemesine görüşme eş zamanlı yürütülmüştür. Sürecin başında katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş; anketlere geri-dönüşlerin ve birebir görüşmelere katılımın düşük olduğu fakülteler için yeniden bilgilendirmeler yapılmıştır. Başlarda çevrimiçi anketlere geri dönüş beklenen düzeyde olmayınca katılımı artırmak amacıyla zaman içinde fakülteler için farklı çözümler üretilmiştir. Bazılarına basılı olarak kargo ile gönderilmiş; bir grup Aile Hekimliği anabilim dallarına gidilerek anket basılı formlarda dağıtılmış ve toplanmıştır. Bu şekilde anket verilerinin yeterli düzeyde toplanması sağlanmıştır. Elle doldurulan basılı anketlerin excel dosyasına veri girişleri manuel yapılmış ve Google formda doldurulan anket verileriyle birleştirilerek veriler analize hazır hale getirilmiştir.

Aile Hekimliği öğrencileri ve eğiticileriyle birebir görüşmeler gönüllülük esasına göre katılmayı kabul edenlerle Zoom üzerinden yapılmıştır. Başlarda görüşmeleri araştırmacı/doktora tez öğrencisi yapmış ancak ilk 2-3 görüşme sonrasında görüşmelerin farmakoloji alanı dışından birisi tarafından yapılmasının daha uygun olacağı düşünülerek Halk Sağlığı Anabilim Dalından niteliksel çalışma tecrübesi olan biri ile devam edilmiştir.

5.3. Veri Türleri ve Verilerin Toplanması

Araştırma veriler iki aşama halinde toplanmıştır. İlkinde hazırlanan anketle uzmanlık öğrencilerinin tedavi planına ilişkin yeterlik algılarına yönelik nicel veriler elde edilmiştir. İkinci aşamada uzmanlık öğrencilerinin ve eğiticilerin tedavi planına ilişkin deneyimlerine yönelik birebir görüşmelerle nitel veri toplanmıştır.

5.3.1. Uzmanlık öğrencilerinin tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

Uzmanlık öğrencilerinin, tıp fakültesi mezuniyeti sırasındaki ve şu andaki yeterlik algıları araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanan anket aracılığıyla toplanmıştır (Ek 2). Anketin ilk bölümde demografik bilgileri sorgulayan 11 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde Ulusal ÇEP-2014 ve 2020'ye göre TT kodu olan toplam 59 adet çekirdek hastalıkların/klinik problemlerin tamamı seçilmiş ve öğrencilerin bu hastalıklara ilişkin tedavi planlama yeterlik algılarını belirlemek amacıyla 3'lü düzeyde (1-yetersiz; 2-kısmen; 3-yeterli) bir değerlendirme aralığını tanımlanmıştır. Sıralanan her bir çekirdek hastalık/klinik probleme ilişkin tedavi planı, (1) uygun ilaç seçimi, (2) reçeteleme, (3) ilaç dışı tedavi ve (4) planlanan tedaviyle ilgili

bilgilendirme olmak üzere tedavi planının dört aşaması açısından ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Uzmanlık öğrencilerinin bu dört aşamanın her biri için kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini hem tıp fakültesi mezuniyet anlarını hem de uzmanlık eğitimindeki şu anlarını düşünerek işaretlemeleri istendi.

5.3.2. Birebir derinlemesine görüşme

Araştırmanın ikinci aşamasında derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerinden niteliksel veri toplanmıştır. Katılımcının tedavi planına ilişkin deneyimlerini, algılarını, düşüncelerini ve duygularını ortaya çıkarmak için yapılan birebir derinlemesine görüşmeler, araştırmacının belirlediği başlangıç sorularıyla başlamış ve görüşme sırasında kendiliğinden ortaya çıkan sorularla devam etmiştir. Görüşmeler için yarı yapılandırılmış soru listeleri hazırlanmış (Ek 3) ve bu şekilde görüşmenin ana çerçevesi belirlenmiş, ilgili tüm konuların görüşülmesi sağlanmıştır. Görüşmeler yüz yüze, telefon veya posta yoluyla yapılabildiği gibi çevrimiçi yüzyüze görüşmede de kullanılabilmektedir (Varpio ve ark., 2015; Moser ve Korstiens, 2018; Hanson ve ark., 2011). Bu araştırmada görüşmeler çevrimiçi uzaktan birebir görüşme şeklinde yapılmıştır. Görüşmeler, katılımcıların bilgilendirilmesinin ardından katılımcının izni alınarak kayıt edilmiştir. Her görüşme yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

5.4. Verilerin İşlenmesi ve Analizler

5.4.1. Nicel verilerin işlenmesi ve analizi

Birinci araştırma problemi kapsamında toplanan kategorik değişkenler yüzde dağılımları hesaplanarak sunulmuştur. Bilgi seviyesinin sıralı yanıt değişkeni olarak alındığı durumda zaman, grup ve beceriler arasındaki değişime bakmak için kümülatif link karma modeli (Cumulative Link Mixed Model) kullanılmıştır. İlaç dışı tedavinin yanıt değişkeni için bilgi seviyesi ikili (binary) olarak alındığı durumlarda karışık etkili lojistik regresyon modeli (Mixed effects logistic regresssion) kullanılmıştır. Post-hoc testler için Tukey düzeltmesi yapılmıştır. Analizler için R version 4.4.0 (2024-04-24) programının lme4 ve nlme paketleri kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5.4.2. Nitel verilerin analizi

İkinci ve üçüncü araştırma problemleri kapsamında nitel veri toplamak için yapılan görüşmeler çevrimiçi programda kaydedildikten sonra metin halinde çözümlenmiştir. Niteliksel verilerin ilk okuma ve analizinde Atlas-ti programı kullanılmıştır. Sonrasında metnin analizi için tez danışmanı tarafından geliştirilen “Üç Aşamalı Bağlamsal Okuma ve Analiz Çerçevesi” ile analiz derinleştirilmiştir (Gülpınar, 2024). Bu çerçeve doğrultusunda, ilk aşamada, iki

araştırmacı tarafından içerikler ayrı ayrı okunarak analiz edilmiştir. Öncelikle her bir araştırmacı kendi kodlarını, temaları ve alt temaları oluşturmuştur. Sonrasında bir araya gelerek tema ve alt temalarda ortaklaşarak gruplar oluşturulmuştur. Bu esnada uzlaşıya varılamayan noktalarda tez danışmanı devreye girerek uzlaşı sağlamıştır. İkinci aşamada, tez danışmanı ve araştırıcılarla birlikte araştırma konusu olan tedavi planına ilişkin kavramsal/kuramsal çerçeve oluşturulmuştur. Üçüncü aşamada, oluşturulan kavramsal/kuramsal çerçeve üzerinden metnin aynı iki araştırıcı tarafından ileri analizi ve bir önceki çıktıların (tema, alt temalar) doğrulaması yapılmıştır. Bu şekilde, öne çıkan bağlamlarıyla birlikte kavramsal/kuramsal çerçeveye ve temalara son hali verilmiştir.

6. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak birinci araştırma sorusu kapsamında Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ulusal ÇEP'de TT (Tanı koyabilmeli, tedavi edebilmeli) ile kodlanan hastalıkların tedavi planlarına ilişkin yeterlik algılarının bulguları sunuldu. İkinci bölümde ise, ikinci ve üçüncü araştırma sorusu kapsamında uzmanlık öğrencilerinin ve eğiticilerin tedavi planı oluşturma ve yönetme süreçlerine ilişkin deneyimlerinin nitel veri analiz bulguları ele alındı. Bu iki nitel veri intörn öğrencilerden bu yönde elde edilen nitel verilerin analiz sonuçlarını çeşitlendirildi.

6.1. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencileri Ulusal ÇEP'de TT ile Kodlanan Hastalıkların Tedavi Planlarına İlişkin Yeterlilik Algıları

6.1.1. Katılımcı özellikleri

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinden ankete katılanların yaş ortalaması: 28,6 yıl (min: 24, max: 50) olup cinsiyet dağılımı Erkek %34, Kadın %66 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ortalama eğitim süresi 16,1 aydır. Eğitimlerinin birinci yılında olan kişi sayısı 101 iken, ikinci yılında olan 48 ve üçüncü yılında olanlar 60 kişi idi.

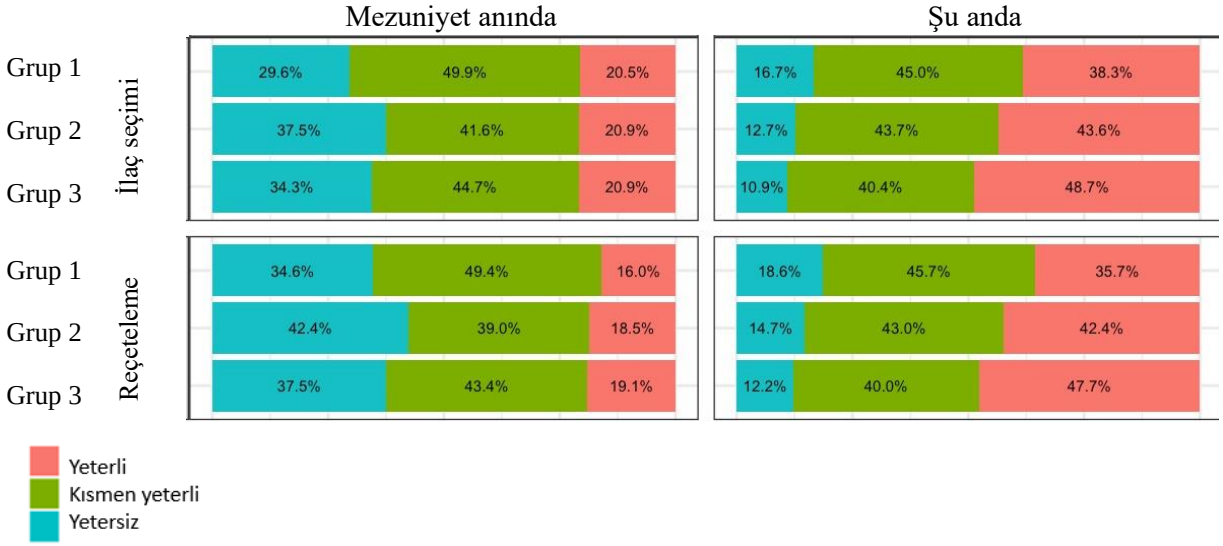
Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerine yönelik bulgular oluşturulan üç grup üzerinden analiz edildi. Katılımcıların bir kısmı mezun olduktan sonra doğrudan, diğerleri ise bir süre acil sağlık hizmetleri veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yaptıktan sonra Aile Hekimliği eğitimine başladığı için bu süreçteki deneyimlerinin etkisini de değerlendirmek için gruplar şu şekilde oluşturuldu:

- Grup 1: Mezuniyetten hemen sonra Aile Hekimliği'ne başlayan ve 1. yılında olan uzmanlık öğrencileri
- Grup 2: Mezuniyetten sonra en az 6 ay çalışan ve Aile Hekimliği'nin 1. yılında olan uzmanlık öğrencileri
- Grup 3: Aile Hekimliği'nde ikinci ve daha üst yılında olan uzmanlık öğrencileri

6.1.2. İlaç tedavisi planlama

Bu başlık altında uzmanlık öğrencilerinin Ulusal ÇEP-2014 ve 2020'ye göre TT kodu olan toplam 59 adet çekirdek hastalık/klinik problemi tedavi etmede kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerine ait verilerin analiz bulguları sunulmuştur. Katılımcıların yeterlik düzeyleri tedavi planındaki her bir parametre için 3'lü düzeyde (1-yetersiz; 2-kısmen; 3-yeterli) hem mezun oldukları dönem hem de anketi doldurdukları dönem için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Niceliksel verilere ait bulgular uygun “ilaç seçimi ve reçeteleme”, “ilaç dışı tedaviyi planlama” ve “tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirme” olmak üzere üç alt başlıkta incelenmiştir. Grupların tüm hastalıkların bir arada ilgili yeterliklere göre belirttikleri yanıtlar Şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uygun ilaç seçimi ve reçeteleme yeterlik algıları (mavi: yetersiz; yeşil: kısmen; kırmızı: yeterli)

Şekil 3’de görüldüğü gibi mezuniyette uygun ilaç seçimi ve reçetelemede kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %16,0 - %20,9’larda kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran ancak %35,7 - %48,7’lere çıkabilmiş; %10,9 ile %18,6’lık bir grubun uzmanlık eğitimine geçen süreye rağmen hala kendini yeterli hissetmediği belirlenmiştir.

Daha sonra çekirdek hastalıklar/klinik problemler Ulusal ÇEP’de belirlenen sistemlere göre gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Sistemlerin gruplandırması şu şekildedir; duyu sistem hastalıkları, solunum sistem hastalıkları, deri yumuşak doku sistem hastalıkları, dolaşım / endokrin / hematopoetik sistem hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, kas iskelet sistem hastalıkları, sinir davranış sistem, ürogenital sistem ve multisistem hastalıkları.

Duyu sistemi hastalıkları

Tablo 4’de duyu sistemi hastalıklarının tedavi planında uygun ilaç seçimi ve reçetelemeye ilişkin algılarının dağılımları gösterilmiştir. Tablo 4 incelendiğinde genel olarak duyu sistemi hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %7,7 - %32,4’larda kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %17,8 - %77,8’lere çıkabilmiştir. Reçetelemede ise mezuniyete %10,2 - %30,5 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %17,8 - %75,6’ya çıkabilmiştir. Bu sistemde yer alan konjonktivit, otitis eksterna,

otitis media, benign paroksismal pozisyonel vertigo ve yenidoğanda konjonktivit ile ilgili her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin duyu sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
			Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Konjonktivit	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	20,4	59,2	20,4	28,8	48,1	23,1	21,7	50,0	28,3	0,907	0,847	0,549
		Şu an	4,3	51,1	44,7	0	37,8	62,2	2,9	42,3	54,8	0,165	0,507	0,548
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	24,5	55,1	20,4	30,8	50,0	19,2	21,7	50,9	27,4	0,860	0,691	0,319
		Şu an	6,4	48,9	44,7	0	46,7	53,3	2,9	42,3	54,8	0,458	0,398	0,993
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Otitis eksterna	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	14,3	59,2	26,5	19,2	51,9	28,8	23,8	45,7	30,5	0,988	0,869	0,939
		Şu an	4,2	31,2	64,6	4,5	31,8	63,6	0	27,9	72,1	0,999	0,472	0,472
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	20,4	55,1	24,5	15,4	53,8	30,8	23,8	45,7	30,5	0,697	0,991	0,692
		Şu an	4,2	43,8	52,1	4,5	27,3	68,2	0	27,9	72,1	0,310	**0,040**	0,780
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Otitis media	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	14,3	55,1	30,6	9,6	61,5	28,8	20	47,6	32,4	0,995	0,896	0,834
		Şu an	0	39,6	60,4	2,2	20,0	77,8	1,9	28,2	69,9	0,253	0,510	0,722
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	16,3	59,2	24,5	9,6	61,5	28,8	21,0	48,6	30,5	0,718	0,998	0,677
		Şu an	2,1	43,8	54,2	0	24,4	75,6	1,9	28,2	69,9	0,077	0,140	0,773
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
B. paroksismal pozisyonel vertigo	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	34,7	44,9	20,4	59,6	25,0	15,4	46,2	34,0	19,8	0,069	0,561	0,253
		Şu an	19,1	48,9	31,9	22,9	39,6	37,5	17,5	42,7	39,8	0,964	0,782	0,929
		P değeri	**0,014**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	44,9	34,7	20,4	57,7	25,0	17,3	47,2	34,0	18,9	0,409	0,883	0,563
		Şu an	14,9	53,2	31,9	20,8	43,8	35,4	18,4	39,8	41,7	0,988	0,819	0,902
		P değeri	**0,0004**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 4. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin duyu sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Yenidoğanda konjonktivit	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	46,9	40,8	12,2	65,4	26,9	7,7	52,9	34,6	12,5	0,076	0,787	0,275
		Şu an	34,0	40,4	25,5	33,3	48,9	17,8	21,2	50,0	28,8	0,935	0,093	0,294
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	55,1	34,7	10,2	63,5	25,0	11,5	55,8	32,7	11,5	0,875	0,987	0,747
		Şu an	38,2	34,0	27,7	37,8	44,4	17,8	27,9	44,2	27,9	0,895	0,776	0,459
		P değeri	**0,0009**			**0,0009**			**< 0,0001**					

Konjunktivit tedavisinde ilaç seçiminde mezuniyette Grup 1'de yeterli hissetme oranı %20,4, grup 2'de %23,1 ve grup 3'te %28,3; şu andaki değerlendirmelerinde ilaç seçiminde Grup 1'de yeterli hissetme oranının %44,7, grup 2'de %62,2 ve grup 3'de %54,8 olduğu görülmüştür. Grupların mezuniyet anındaki ve şuan andaki yeterlikler arasında istatistiksel farklılıklar bulunmamış iken ($p<0.05$); mezuniyetteki yeterliklerin uzmanlık eğitimleri sürecinde anlamlı olarak arttığı görülmüştür ($p<0,0001$).

Otitis externa tedavisinde ilaç seçiminde Grup 1'deki yeterli hissetme oranı %26,5'den %64,6'ya ($p<0,0001$), Grup 2'de %28,8'den %63,6'a ($p<0,0001$), Grup 3'de %30,5'den %72,1'e yükselmiştir ($p<0,0001$). Mezuniyet değerlendirmeleri ve şu andaki değerlendirmeleri arasında üç grup arasında istatistiksel farklılık görülmemiştir ($p<0.05$). Reçetelemede de yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyette %24,5'den şu anda %52,1'e yükseldiği belirlenmiştir ($p=0,0001$). Grup 2'de %30,5'den %72,1'e ($p<0,0001$), Grup 3'de %30,5'den %72,1'e yükselmiştir ($p<0,0001$). Reçetelemede mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmazken, şu anki yeterlik algılarında Grup 1'e göre Grup 3'te yeterli hissetme oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p=0,04$). Otitis media tedavisinde ilaç seçiminde ve reçetelemede her üç grup da uzmanlık öğrencilerini kendilerini mezuniyete göre şu anda daha fazla yeterli hissetmektedirler ($p<0,0001$). Üç grubun ilaç seçimi ve reçetelemedeki yeterli hissetmedeki değerlendirmeleri mezuniyette ve şu anda gruplar arasında benzer bulunmuştur ($p>0.05$).

Benign paroksismal pozisyonel vertigo tedavi planlamalarının ilaç seçiminde ve reçetelemede uzmanlık öğrencilerinin mezuniyete göre şu andaki yeterli hissetme oranlarının her üç grupta da anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Aynı şekilde yenidoğan konjonktivit tedavi planında ilaç seçimi ve reçetelemede tüm gruplarda mezuniyete göre şu anda kendilerini yeterli

hissetme oranları anlamlı olarak artmıştır (p<0,05). Her iki hastalıkta da mezuniyette ve şu andaki değerlendirmelerde gruplar arasında yeterlik algı oranları benzer bulunmuştur (p>0.05).

Solunum sistemi hastalıkları

Uzmanlık öğrencilerinin TT kodlu yedi solunum sistemi hastalığının tedavi planına ilişkin yeterlik algılarının yüzde dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir. Tablo 5 incelendiğinde genel olarak solunum sistemi hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %5,6 - %36,5'larda kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %12,5 - %82,4'lere çıkabilmiştir. Reçetelemede ise mezuniyete %4,2 - %30,5 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %12,6 - %82,2'ye çıkabilmiştir. Bu sistemde yer alan astım, alerjik rinit ve pnömonilerde her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde uzmanlık öğrencilerinin kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Akciğer tüberkülozunda Grup 2'de mezuniyete göre yeterli hissetme oranında artış varken, boğmacada yeterli hissetme oranı Grup 2 ve 3'de anlamlı olarak artmıştır (p<0,05)

Tablo 5. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin solunum sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			**Grup 2**			**Grup 13**			**P değeri**		
			Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akciğer tüberkülozu	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	25,5	44,7	29,8	32,7	46,2	21,2	36,2	36,2	27,6	0,509	0,504	0,987
		Şu an	18,8	54,2	27,1	12,5	52,1	35,4	19,2	58,7	22,1	0,499	0,928	0,216
		P değeri	0,708			**0,002**			0,079					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	39,6	56,2	4,2	58,8	33,3	7,8	51,4	37,1	11,4	0,326	0,819	0,538
		Şu an	27,1	56,2	16,7	29,2	50,0	20,8	31,4	55,2	13,3	0,934	0,871	0,637
		P değeri	**0,028**			**0,0001**			**0,001**					
Astım	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	24,5	57,1	18,4	25,0	51,9	23,1	27,4	52,8	19,8	0,964	0,985	0,885
		Şu an	12,5	45,8	41,7	6,2	35,4	58,3	7,7	44,2	48,1	0,137	0,544	0,451
		P değeri	**0,001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	28,6	57,1	14,3	41,2	45,1	13,7	36,8	45,3	17,9	0,563	0,898	0,735
		Şu an	18,8	47,9	33,3	8,3	39,6	52,1	9,6	38,5	51,9	0,065	**0,041**	0,974
		P değeri	**0,009**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 5. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin solunum sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 13			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Alerjik rinit	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	24,5	40,8	34,7	19,2	44,2	36,5	28,0	42,1	29,9	0,865	0,762	0,389
		Şu an	2,1	39,6	58,3	2,1	27,1	70,8	1,0	23,5	75,5	0,453	0,118	0,836
		P değeri	**0,0001**			**<0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	30,6	38,8	30,6	25,0	42,3	32,7	32,1	39,6	28,3	0,878	0,928	0,612
		Şu an	2,1	41,7	56,2	0	33,3	66,7	1,9	21,4	76,7	0,515	0,060	0,575
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Boğmaca	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	57,1	32,7	10,2	65,4	28,8	5,8	55,1	37,4	7,5	0,544	0,998	0,471
		Şu an	43,8	43,8	12,5	39,6	47,9	12,5	41,2	46,1	12,7	0,872	0,892	0,991
		P değeri	0,141			**0,0008**			**0,003**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	65,3	28,6	6,1	69,2	26,9	3,8	61,7	29,9	8,4	0,901	0,835	0,523
		Şu an	50,0	35,4	14,6	43,8	43,8	12,5	45,6	41,7	12,6	0,852	0,893	0,983
		P değeri	**0,024**			**0,0007**			**0,002**					
Pnömoniler	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	20,4	63,3	16,3	32,7	48,1	19,2	33,3	42,9	23,8	0,802	0,871	0,971
		Şu an	6,4	55,3	38,3	2,2	44,4	53,3	2,9	34,0	63,1	0,220	**0,014**	0,619
		P değeri	**0,0006**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	22,4	67,3	10,2	34,6	48,1	17,3	33,0	43,4	23,6	0,926	0,987	0,824
		Şu an	6,4	63,8	29,8	2,2	35,6	62,2	4,9	35,0	60,2	**0,008**	**0,006**	0,869
		P değeri	**0,0006**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	8,2	53,1	38,8	7,7	42,3	50,0	11,3	39,6	49,1	0,552	0,702	0,912
		Şu an	0	25,5	74,5	0	20,0	80,0	2,9	14,7	82,4	0,771	0,589	0,985
		P değeri	**< 0,0001**			**0,0002**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	14,3	55,1	30,6	9,6	42,3	48,1	10,4	38,7	50,9	0,179	0,070	0,984
		Şu an	0	27,7	72,3	0	17,8	82,2	2,0	16,7	81,4	0,430	0,463	0,952
		P değeri	**< 0,0001**			**0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 5. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerin solunum sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 13			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	28,6	46,9	24,5	38,5	42,3	19,2	37,7	47,2	15,1	0,553	0,277	0,939
		Şu an	14,9	51,1	34,0	8,9	46,7	44,4	12,7	47,1	40,2	0,464	0,810	0,721
		P değeri	**0,024**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	28,6	51,0	20,4	46,2	38,5	15,4	41,5	44,3	14,2	0,238	0,203	0,983
		Şu an	17,0	55,3	27,7	6,7	48,9	44,4	14,7	47,1	38,2	0,117	0,509	0,432
		P değeri	0,069			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Akciğer tüberkülozu tedavi planında uygun ilaç seçiminde Grup 1 ve Grup 3'de mezuniyete göre şu andaki değerlendirmelerinde yeterli hissetme oranlarında sırasıyla, %29,8'den %27,1'e ve %27,6'dan %22,1'e azalma, kısmen yeterli hissetme oranında ise sırasıyla %44,7'den %54,2'ye, %36,2'den %58,7'ye artma olduğu görülmüştür. Ancak bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Grup 2'de ise yeterli hissetme oranı mezuniyette %21,2'den %35,4'e anlamlı olarak yükselmiştir (p=0,002). Hem mezuniyet anında ve hem de şu andaki değerlendirmeleri arasında gruplar arasında farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Akciğer tüberkülozunun reçetelemesinde ise tüm gruplarda mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranlarında anlamlı olarak artış olduğu görülmüş (p<0,05); mezuniyetteki ve şu andaki değerlendirmelerinde ise gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Astım tedavisinin planlamasında ilaç seçiminde tüm gruplarda mezuniyete göre şu andaki yeterli hissetme oranlarının arttığı belirlenmiştir (p<0,05). Grup 1'de yeterli hissetme oranı %18,4'den %41,7'ye (p=0,001), Grup 2'de %23,1'den %58,3'e (p<0,0001) ve Grup 3'de %19,8'den %48,1'e (p<0,0001) arttığı görülmüştür. Gerek mezuniyet anında gerekse şu anda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Reçetelemede de yeterlik oranlarının gruplarda sırasıyla %14,3'den %33,3'e (p=0,009), %13,7'den %52,1'e (p<0,0001) ve %17,9'dan %51,9'a (p<0,0001) anlamlı şekilde artışlar olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında mezuniyetteki değerlendirmede fark bulunmazken şu andaki değerlendirmede Grup 1'e göre Grup 3'te yeterli hissetme oranının daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,041).

Alerjik rinit tedavisinde Grup 1'de uygun ilaç seçiminde mezuniyette %34,7 olan yeterli hissetme oranı şu anda %58,3'e (p=0,0001), Grup 2'de %36,5'den %70,8'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %29,9'dan %75,5'e (p<0,0001) yükseldiği belirlenmiştir. Reçetelemede de Grup 1'de mezuniyette %30,6 olan yeterli hissetme oranı şu anda %56,2'ye çıkmıştır (p=0,0001). Grup 2'de %32,7'dan %66,7'e (p<0,0001) ve Grup 3'de %28,3'den %76,7'ye (p<0,0001) yükseldiği belirlenmiştir. Gerek uygun ilaç seçiminde gerekse reçetelemede, mezuniyette ve şu anda gruplar arasında istatiksel olarak farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05).

Boğmaca tedavisinde uygun ilaç seçiminde birinci grupta yeterli hissetme oranı mezuniyette %10,2, şu anda %12,5 olarak tespit edilmiş, bu grupta değişim olmadığı görülmüştür (p=0,141). Grup 2'de mezuniyette %5,8 olan yeterli hissetme oranı %12,5'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %7,5 olan oran %12,7'ye yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelemede de yeterli hissetme oranı Grup 1'de %6,1'den %14,6'ya (p=0,024), Grup 2'de %3,8'den %12,5'e (p=0,0007) ve Grup 3'te %8,4'den %12,6'ya yükselmiştir (p=0,002). Gerek uygun ilaç seçiminde gerekse reçetelemede, mezuniyette ve şu anda gruplar arasında istatiksel olarak farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05).

Pnömonilerin tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette %16,3 olan yeterli hissetme oranı %38,3'e (p=0,0006), ikinci grupta %19,2'den %53,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %23,8'den %63,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçiminde mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmazken şu anda grup 3'de grup 1'e göre anlamlı derecede daha fazla yeterli hissetme oranı tespit edilmiştir (p=0,014). Reçetelemede Grup 1'de yeterli hissetme oranı %10,2'den %29,8'e (p=0,0006), Grup 2'de %17,3'den %62,2'ye (p<0,0001) ve Grup 3'de %23,6'dan %60,2'ye (p<0,0001) artış olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında mezuniyette fark bulunmazken şu andaki değerlendirmede ikinci gruptaki yeterli hissetme oranının birinci gruptan daha fazla olduğu (p=0,008), grup 3'de de grup 1'e göre daha fazla yeterli hissetme oranı olduğu (p=0,006) belirlenmiştir.

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının ilaç seçiminde mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2, ve 3. grupta sırasıyla, %38,8'den %74,5'e (p<0,0001), %50,0'den %80,0'e (p=0,0002) ve %49,1'den %82,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede ise yeterli hissetme oranları mezuniyete göre şu anda 1., 2, ve 3. grupta sırasıyla, %0,6'dan %72,3'e (p<0,0001), %48,1'den %82,2'ye (p=0,0001) ve %50,9'dan %81,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede, mezuniyette ve şu anda gruplar arasında farklılıklar bulunmamıştır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tedavi planlamasında ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı mezuniyete göre şu anda Grup 1'de %24,5'den %34,0'a artmış (p=0,024), Grup 2'de %19,2'den %44,4'e (p<0,0001) ve Grup 3'de %15,1'den %40,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir.

Reçetelemede Grup 1'de mezuniyette %20,4 olan yeterli hissetme oranı %27,7 olmuştur (p=0,069). İkinci ve üçüncü gruplarda da sırasıyla %15,4 %44,4'e (p<0,0001), %14,2 %38,2'ye (p<0,0001) anlamlı derecede yükselme olmuştur. Gerek uygun ilaç seçiminde gerekse reçetelemede, mezuniyette ve şu anda gruplar arasında farklılıklar bulunmamıştır.

Deri yumuşak doku sistem hastalıkları

Deri yumuşak doku sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algılarının yüzde dağılımları Tablo 6'da gösterilmiştir. Tablo 6 incelendiğinde genel olarak deri yumuşak doku sistemi hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %11,5 - %32,7'larda kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %18,8 - %65,2'lere çıkabilmiştir. Reçetelemede ise mezuniyete %6,1 - %29,0 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %22,9 - %62,1'e çıkmıştır. Bu sistemde yer alan akne vulgaris/rozasea, bası yaraları, derinin paraziter hastalıkları, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler, dermatit (atopik, kontakt, seboreik, bebek bezi) ve yanıklarda her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 6. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
			Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akne vulgaris/rozasea	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	28,6	44,9	26,5	38,5	34,6	26,9	32,4	47,6	20,0	0,785	0,608	0,982
		Şu an	14,6	47,9	37,5	12,5	43,8	43,8	12,6	28,2	59,2	0,725	0,095	0,445
		P değeri	**0,028**			**0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	32,7	51,0	16,3	44,2	32,7	23,1	36,2	46,7	17,1	0,957	0,950	0,999
		Şu an	14,6	54,2	31,2	12,5	52,1	35,4	15,5	29,1	55,3	0,722	0,092	0,436
		P değeri	**0,003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 6. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Bası yaraları	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	40,8	46,9	12,2	55,8	28,8	15,4	54,3	32,4	13,3	0,649	0,504	0,996
		Şu an	25,0	54,2	20,8	12,5	47,9	39,6	16,3	47,1	36,5	0,063	0,113	0,784
		P değeri	**0,027**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	51,0	40,8	8,2	50,0	34,6	15,4	53,3	34,3	12,4	0,805	0,991	0,817
		Şu an	27,1	50,0	22,9	12,5	47,9	39,6	17,5	45,6	36,9	0,071	0,114	0,821
		P değeri	**0,0006**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Derinin paraziter hastalıkları	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	53,1	32,7	14,3	48,1	40,4	11,5	43,9	42,1	14,0	0,958	0,492	0,882
		Şu an	33,3	47,9	18,8	17,4	60,9	21,7	14,6	46,6	38,8	0,112	< **0,0001**	0,295
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	53,1	40,8	6,1	61,5	26,9	11,5	45,8	43,0	11,2	0,964	0,467	0,301
		Şu an	33,3	41,7	25,0	28,3	47,8	23,9	13,6	48,5	37,9	0,803	**0,023**	0,123
		P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	18,8	62,5	18,8	15,4	51,9	32,7	28,0	43,9	28,0	0,368	0,998	0,232
		Şu an	8,5	51,1	40,4	0	34,8	65,2	2,9	33,0	64,1	**0,017**	**0,012**	0,911
		P değeri	**0,002**			**<0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	27,1	58,3	14,6	30,8	42,3	26,9	29,9	41,1	29,0	0,833	0,687	0,986
		Şu an	8,5	55,3	36,2	2,2	37,0	60,9	4,9	33,0	62,1	**0,034**	**0,013**	0,990
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi)	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	22,4	65,3	12,2	27,5	47,1	25,5	33,0	42,5	24,5	0,748	0,999	0,698
		Şu an	10,4	47,9	41,7	0	42,6	57,4	3,9	38,8	57,3	0,086	0,082	0,929
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	24,5	65,3	10,2	41,2	35,3	23,5	37,7	38,7	23,6	0,959	0,988	0,983
		Şu an	10,4	54,2	35,4	4,3	40,4	55,3	2,9	42,7	54,4	0,086	**0,041**	0,995
		P değeri	**0,001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 6. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Yanıklar	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	22,4	63,3	14,3	17,3	51,9	30,8	26,7	52,4	21,0	0,219	0,990	0,167
		Şu an	12,5	45,8	41,7	0	57,8	42,2	9,8	51,0	39,2	0,456	0,989	0,422
		P değeri	**0,0001**			**0,001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	28,6	55,1	16,3	21,2	51,9	26,9	30,2	50,9	18,9	0,401	1,000	0,282
		Şu an	12,5	50,0	37,5	0	57,8	42,2	10,8	49,0	40,2	0,316	0,860	0,467
		P değeri	**0,0005**			**0,0003**			**< 0,0001**					

Akne vulgaris/rozasea ile ilişkili uygun ilaç seçiminde birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %26,5'den şu anda %37,5'e artmış (p=0,028), Grup 2'de bu oran %26,9'dan %43,8'e yükselmiş (p=0,0001), Grup 3'de ise %20,0 olan oran %59,2'ye yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelemede de birinci grupta mezuniyette %16,3 olan yeterli hissetme oranı şu anda %31,2'ye yükselirken (p=0,003), ikinci grupta %23,1'den %35,4'e (p<0,0001), üçüncü grupta da %17,1'den %55,3'e yükselmiştir (p<0,0001). Akne vulgaris/rozasea tedavi planında ilaç seçiminde ve reçetelemede üç grup arasında mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Bası yaralarının tedavisinde uygun ilaç seçiminde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde artmıştır; %12,2'den %20,8'e (p=0,027), %15,4'den %39,6'ya (p<0,0001) ve %13,3'den %36,5'a (p<0,0001). Reçetelemede de benzer şekilde her üç grupta zamanla artış olmuştur; Grup 1'de %8,2'den %22,9'a (p=0,0006), Grup 2'de %15,4'den %39,6'ya (p<0,0001), Grup 3'te %12,4'den %36,9'a (p<0,0001). Mezuniyette ve şu anda ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Derinin paraziter hastalıklarının tedavisinde ilaç seçiminde mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranlarında birinci grupta %14,3'den %18,8'e (p<0,0001), ikinci grupta %11,5'den %21,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %14,0'dan %38,8'e anlamlı yükselmeler (p<0,0001) olduğu belirlenmiştir. Uygun ilaç seçiminde mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmamakla birlikte şu anda yeterli hissetme oranının Grup 3'te Grup 1'e oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0,0001). Reçetelemede de mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranları Grup 1'de %6,1'den %25,0'e (p=0,0002), Grup 2'de %11,5'den %23,9'a (p<0,0001)

ve Grup 3'de %11,2'den %37,9'a yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelemede mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmazken şu anda Grup 3'te yeterli hissetme oranının Grup1'e göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,023).

Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abselerin tedavi planlamasında birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı olan %18,8, şu anda %40,4'e yükselmiş (p=0,002), Grup 2'de bu oran %32,7'den %65,2'ye (p<0,0001), Grup 3'de de %28,0'den %64,1'e yükselmiştir (p<0,0001). İlaç seçiminde mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Şu andaki yeterli hissetme oranları ise Grup 2'de, Grup1'e göre (p=0,017) ve Grup 3'de Grup 1'e göre (p=0,012) anlamlı olarak daha fazla olmuştur. Reçetelemede mezuniyette yeterli hissetme oranı birinci grupta %14,6'dan %36,2'ye (p=0,002), ikinci grupta %26,9'dan %60,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta da %29,0'dan %62,1'e yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelemede mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmazken şu anda yeterli hissetme oranı ikinci grupta birinci gruba göre (p=0,034) ve üçüncü grupta birinci gruba göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (p=0,013).

Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi) tedavisinde ilaç seçiminde mezuniyette ve şu andaki yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde anlamlı olarak artmıştır; %12,2'den %41,7'ye (p=0,0001), %25,5'den %57,4'e (p<0,0001), %24,5'den %57,3'e (p<0,0001). İlaç seçiminde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranlarında farklılık bulunmamıştır. Reçetelemede de birinci grupta mezuniyette %10,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %35,4'e (p=0,001), ikinci grupta mezuniyette %23,5 olan oran şu anda %55,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta da %23,6'dan %54,4'e yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelemede gruplar arasında mezuniyette yeterlik oranlarında farklılık bulunmazken, şu anda üçüncü gruptaki yeterli hissetme oranı birinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (p=0,041).

Yanık tedavisinde uygun ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyette %14,3 iken şu anda %41,7 (p=0,0001), Grup 2'de %30,8 iken %42,2 (p=0,001) ve Grup 3'de %18,9 iken %40,2 (p<0,0001) olmuştur. İlaç seçiminde mezuniyette ve şu anda gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Reçetelemede Grup 1'de mezuniyette %16,3 olan yeterli hissetme oranı %37,5'e (p=0,0005), Grup 2'de %26,9 olan oran %42,2'ye (0,0003) ve Grup 3'de %18,9 olan oran %40,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir.

Dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıkları

Dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem kapsamındaki hastalıkların tedavi planlarına ilişkin yeterlik algılarının dağılımları Tablo 7'de gösterilmiştir. Tablo 7 incelendiğinde genel olarak dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette

uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %9,6 - %42,3'lerde kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %17,4 - %88,5'lere çıkmıştır. Reçetelemede ise mezuniyete %6,1 - %34,6 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %8,7 - %86,5'ya çıkmıştır. Bu sistemde yer alan esansiyel hipertansiyon, hipotiroidizm, guatr, konjenital hipotiroidizm, demir eksikliği anemisinde her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 7. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
			Yetersi	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersi**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersi**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Esansiyel hipertansiyon	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	26,5	40,8	32,7	37,3	41,2	21,6	30,2	54,7	15,1	0,260	0,196	0,994
		Şu an	6,4	42,6	51,1	4,3	57,4	38,3	2,9	36,5	60,6	0,691	0,506	0,093
		P de ğeri	**0,0005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	24,5	55,1	20,4	43,1	39,2	17,6	37,7	49,1	13,2	0,225	0,184	0,983
		Şu an	6,4	42,6	51,1	12,8	51,1	36,2	3,8	39,4	56,7	0,324	0,724	**0,040**
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Hipotiroidizm	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	32,7	46,9	20,4	36,5	44,2	19,2	34,0	44,3	21,7	0,955	0,999	0,933
		Şu an	12,5	41,7	45,8	11,1	51,1	37,8	4,8	27,9	67,3	0,948	**0,019**	**0,008**
		P değeri	**< 0,0001**			**0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	38,8	46,9	14,3	46,2	40,4	13,5	42,5	40,6	17,0	0,826	0,979	0,876
		Şu an	14,6	45,8	39,6	6,7	48,9	44,4	2,9	28,8	68,3	0,483	**0,001**	**0,042**
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Guatr	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	38,8	51,0	10,2	46,2	40,4	13,5	32,7	50,	17,3	0,934	0,530	0,299
		Şu an	12,8	59,6	27,7	15,6	57,8	26,7	8,7	44,7	46,6	0,997	0,107	0,092
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	42,9	46,9	10,2	44,2	42,3	13,5	35,6	48,1	16,3	0,994	0,557	0,628
		Şu an	12,8	63,8	23,4	15,6	55,6	28,9	9,7	40,8	49,5	0,929	**0,035**	0,093
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 7. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersi	Kısmen	Yeterli	Yetersi	Kısmen	Yeterli	Yetersi	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Konjenital hipotiroidizm	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	44,9	42,9	12,2	67,3	23,1	9,6	54,7	34,9	10,4	0,106	0,603	0,323
		Şu an	29,8	48,9	21,3	45,7	37,0	17,4	28,8	47,1	24,0	0,554	0,895	0,232
		P değeri	**0,019**			**0,0008**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	44,9	49,0	6,1	69,2	21,2	9,6	57,5	34,9	7,5	0,141	0,508	0,500
		Şu an	31,9	51,1	17,0	47,8	43,5	8,7	31,7	43,3	25,0	0,373	0,709	0,058
		P değeri	**0,030**			**0,008**			**< 0,0001**					
Demir eksikliği anemisi	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	16,3	55,1	28,6	19,2	38,5	42,3	17,0	48,1	34,9	0,706	0,914	0,858
		Şu an	2,1	25,0	72,9	2,1	19,1	78,7	1,0	10,6	88,5	0,672	0,057	0,362
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	18,4	53,1	28,6	23,1	42,3	34,6	21,7	44,3	34,0	0,991	0,987	0,999
		Şu an	2,1	25,0	72,9	4,3	19,1	76,6	1,9	11,5	86,5	0,928	0,131	0,297
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Esansiyel hipertansiyon tedavisinde uygun ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %32,7, şu anda yeterli hissetme oranı %51,1 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,0005). İkinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %21,6, şu anda %38,3 (p<0,0001); üçüncü grupta ise mezuniyette %15,0 şu anda %60,6'dır (p<0,0001). Grupların mezuniyet anındaki ve şu andaki yeterli hissetme oranları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Reçetelemede mezuniyette yeterli hissetme oranı Grup 1'de %20,4'den %51,1'e yükselmiş (p<0,0001), Grup 2'de %17,6'dan %36,2'ye yükselmiş (p<0,0001) ve Grup 3'de %13,2'den %56,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette yeterli hissetme oranında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmazken şu anda üçüncü gruptaki yeterli hissetme oranı ikinci gruptan anlamlı olarak daha fazla çıkmıştır (p=0,040).

Hipotiroidizm tedavi planında ilaç seçiminde yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta mezuniyette ve şu anda sırasıyla şu şekilde artmıştır; %20,4'den %45,8'e (p<0,0001), %19,2'den %37,8'e (p<0,0001), %21,7'den %67,3'e (p<0,0001). Uygun ilaç seçiminde mezuniyette gruplar arasında yeterli hissetme oranlarında farklılıklar anlamlı bulunmazken şu anda üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre (p=0,019), üçüncü gruptaki oran da ikinci gruptakine göre anlamlı olarak daha fazla olmuştur (p=0,008). Reçetelemede mezuniyette ve

şu anda yeterli hissetme oranı üç grupta da sırasıyla şu şekilde anlamlı olarak artmıştır: birinci grup; %14,3'den %39,6'ya (p=0,0001), ikinci grup; %13,5'den %44,4'e (p<0,0001) ve üçüncü grup %17,0'den %68,3'e (p<0,0001). Reçetelemede mezuniyette gruplar arasında yeterli hissetmedeki değişim istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Şu anda ise üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre (p=0,001) ve üçüncü gruptaki oran da ikinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p=0,042).

Guatr tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette %10,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %27,7'ye (p<0,0001), ikinci grupta %13,5 olan oran %26,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta da %17,3 olan oran %46,6'ya (p<0,0001) anlamlı olarak artış göstermiştir. Mezuniyette ve şu anda gruplar arasında yeterli hissetme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Reçetelemede mezuniyette yeterli hissetme oranı Grup 1'de %10,2, şu anda %23,4 olmuştur (p<0,0001). Grup 2'de mezuniyette %13,5 olan oran şu anda 28,9'a (p<0,0001), Grup 2'de %16,3 olan oran şu anda %49,5'e (p<0,0001) artış göstermiştir. Mezuniyette reçetelemede gruplar arasında fark bulunmamış, ancak şu anda üçüncü gruptaki oranın birinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur (p=0,035).

Konjenital hipotiroidizm tedavisinde ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette %12,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %21,3'e yükselmiş (p=0,019), ikinci grupta bu oran %9,6'dan %17,4'e (p=0,0008) ve üçüncü grupta da %10,4'den %24,0'e (p<0,0001) yükselmiştir. Gruplar arasında mezuniyette ve şu anda oranlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Reçetelemede birinci grupta mezuniyette %6,1 olan oran %17,0'ye yükselirken (p=0,03), ikinci grupta mezuniyette %9,6 olan oran şu anda 8,7'ye düşmüştür. İkinci grupta yetersiz hissetme oranında azalma görülürken kısmen yeterli hissetme oranında %21,2'den %43,5'e yükselme görülmüştür. Bu değişimler anlamlı bulunmuştur (p=0,008). Üçüncü grupta ise mezuniyette %7,5 olan yeterli hissetme oranı şu anda %25,0'e yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelemede mezuniyette ve şu anda gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Demir eksikliği anemisinin tedavi planlamasında ilaç seçiminde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şe şekilde değişmiştir; %28,6'dan %72,9'a artış, %42,3'den %78,7'ye artış ve %34,9 dan %88,5'e artış (her bir grup için p<0,0001). Reçetelemede mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları şu şekilde değişmiştir; birinci grupta %28,6'dan %72,9'a artış, ikinci grupta %34,6'dan %76,6'ya artış ve üçüncü grupta %34,0'den %86,5'e artış (her bir grup için p<0,0001). Gerek uygun ilaç seçiminde gerekse

reçetelemede mezuniyette ve şu anda gruplar arasındaki değişimler istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Gastrointestinal sistem hastalıkları

Gastrointestinal sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları Tablo 8'de gösterilmiştir. Tablo 8 incelendiğinde genel olarak gastrointestinal sistem hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %6,7 - %45,7'lerde kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %17,0 - %79,8'lere çıkabilmiştir. Reçetelemede ise mezuniyete %6,1 - %43,8 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %19,1 - %76,9'a çıkabilmiştir. Bu sistemde yer alan peptik hastalıklar, gastro-özefageal reflü, gastroenteritler, gastrointestinal sistem parazitozları, moniliyazis, çocukta fonksiyonel kabızlık, stomatit, hemoroid ve anal fissürde her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 8. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
			Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Peptik hastalıklar	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	20,8	50,0	29,2	11,5	50,0	38,5	15,2	49,5	35,2	0,364	0,610	0,800
		Şu an	8,5	36,2	55,3	2,2	23,9	73,9	1,0	31,4	67,6	0,106	0,162	0,809
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	20,4	53,1	26,5	11,8	49,0	39,2	17,1	48,6	34,3	0,238	0,581	0,638
		Şu an	8,5	44,7	46,8	2,2	23,9	73,9	1,0	32,4	66,7	**0,017**	**0,029**	0,725
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gastro-özefageal reflü	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	12,2	42,9	44,9	11,5	46,2	42,3	14,3	40,0	45,7	0,996	0,992	0,999
		Şu an	2,1	25,0	72,9	0	28,9	71,1	1,0	19,2	79,8	0,998	0,567	0,528
		P değeri	**0,0005**			**0,0005**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	18,4	51,0	30,6	17,3	44,2	38,5	15,2	41,0	43,8	0,773	0,385	0,851
		Şu an	2,1	29,2	68,8	0	26,7	73,3	1,9	21,2	76,9	0,790	0,555	0,966
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 8. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Gastroenteritler	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	12,2	63,3	24,5	11,5	59,6	28,8	19,6	50,5	29,9	0,896	0,982	0,762
		Şu an	2,1	42,6	55,3	4,3	26,1	69,6	1,0	32,7	66,3	0,381	0,353	0,977
		P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	18,4	67,3	14,3	25,0	48,1	26,9	20,8	53,8	25,5	0,886	0,724	0,973
		Şu an	2,1	44,7	53,2	2,2	28,9	68,9	1,9	35,6	62,5	0,222	0,532	0,637
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gastrointestinal sistem parazitozları	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	34,7	53,1	12,2	43,1	47,1	9,8	43,8	43,8	12,4	0,711	0,555	0,991
		Şu an	18,8	62,5	18,8	8,7	60,9	30,4	11,5	50,0	38,5	0,178	**0,047**	0,941
		P değeri	**0,019**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	44,9	49,0	6,1	47,1	45,1	7,8	47,6	40,0	12,4	0,999	0,980	0,993
		Şu an	20,8	58,3	20,8	13,0	58,7	28,3	14,4	51,0	34,6	0,155	**0,005**	0,956
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Moniliyazis	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	49,0	40,8	10,2	67,3	21,2	11,5	56,2	37,1	6,7	0,153	0,305	0,749
		Şu an	36,2	46,8	17,0	40,0	33,3	26,7	31,1	37,9	31,1	0,628	0,073	0,882
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	46,9	46,9	6,1	63,5	21,2	15,4	56,2	39,0	4,8	0,774	0,614	0,990
		Şu an	46,8	34,0	19,1	33,3	37,8	28,9	32,0	37,9	30,1	0,171	0,148	0,962
		P değeri	**0,207**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Çocukta fonksiyonel kabızlık	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	26,5	63,3	10,2	36,5	50,0	13,5	39,6	41,5	18,9	0,845	0,831	0,999
		Şu an	10,4	58,3	31,2	10,9	43,5	45,7	10,7	37,9	51,5	0,541	0,147	0,807
		P değeri	**0,0009**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	36,7	51,0	12,2	48,1	38,5	13,5	41,5	40,6	17,9	0,686	0,989	0,690
		Şu an	12,5	58,3	29,2	13,0	47,8	39,1	11,7	35,9	52,4	0,739	0,076	0,396
		P değeri	**0,0005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Stomatit	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	51,0	40,8	8,2	50,0	36,5	13,5	41,9	47,6	10,5	0,825	0,559	0,929
		Şu an	43,5	37,0	19,6	17,8	57,8	24,4	17,8	52,5	29,7	0,063	**0,023**	0,999
		P değeri	**0,012**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	55,1	34,7	10,2	50,0	34,6	15,4	44,8	46,7	8,6	0,550	0587	0,971
		Şu an	46,8	29,8	23,4	17,8	53,3	28,9	19,8	47,5	32,7	**0,044**	**0,023**	0,986
		P değeri	**0,01**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 8. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Hemoroid	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	18,4	59,2	22,4	29,4	51,0	19,6	25,7	55,2	19,0	0,585	0,614	0,976
		Şu an	10,4	41,7	47,9	4,3	43,5	52,2	2,9	45,2	51,9	0,741	0,608	0,997
		P değeri	**0,0008**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	26,5	53,1	20,4	35,3	49,0	15,7	28,6	54,3	17,1	0,591	0,866	0,801
		Şu an	10,4	39,6	50,0	4,3	41,3	54,3	2,9	47,1	50,0	0,720	0,826	0,944
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Anal fissür	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	38,8	32,7	28,6	40,4	38,5	21,2	33,0	46,2	20,8	0,849	0,999	0,789
		Şu an	20,8	37,5	41,7	10,4	25,0	64,6	6,8	45,6	47,6	0,045	0,358	0,297
		P değeri	**0,004**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	46,9	26,5	26,5	46,2	36,5	17,3	39,3	42,1	18,7	0,871	0,986	0,727
		Şu an	20,8	39,6	39,6	12,8	34,0	53,2	5,8	47,6	46,6	0,261	0,295	0,928
		P değeri	**0,0007**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Peptik hastalıklar (ülser, gastrit) tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %29,2 olup şu anda %55,3'e yükselmiştir (p=0,0001). İkinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %38,5'den %73,9'a (p<0,0001), üçüncü grupta %35,2'den %67,6'ya (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranlarında gruplar arasında farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Reçetelemede birinci grupta mezuniyette %26,5 olan yeterli hissetme oranı şu anda %46,8'e (p=0,002), ikinci grupta %39,2 olan oran %73,9'a (p=0,0001) ve üçünde grupta %34,3 olan oran %66,7'ye (p=0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmazken şu anda Grup 2'deki oran Grup 1'e göre (p=0,017), Grup 3'deki oran Grup 1'e göre (p=0,029) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

Gastro-özefageal reflunun tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %44,9'dan %72,9'a yükselmiştir (p=0,0005). İkinci grupta yeterli hissetme oranı %42,3'den %71,1'e (p=0,0005), üçüncü grupta %45,7'den %79,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede birinci grupta mezuniyette %30,6 olan yeterli hissetme oranı şu anda %68,8'e (p<0,0001), ikinci grupta %38,5'den %73,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %43,8'den %76,9'a (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçimi ve reçetelemede mezuniyetteki ve şu andaki oranlar gruplar arasında anlamlı farklılıklar göstermemiştir.

Gastroenteritlerin tedavisinde ilaç seçiminde birinci grupta yeterli hissetme oranı %24,5'den şu anda %55,3'e yükselmiş (p=0,0002), ikinci grupta %28,8'den %69,6'ya (p<0,0001) ve üçüncü grupta %29,9'dan %66,3'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede Grup 1'de yeterli hissetme oranı mezuniyette %14,3'den şu anda %53,2'e, Grup 2'de %26,9'dan %68,9'a ve Grup 3'te %25,5'den %62,5'e yükselmiştir (p<0,0001). Uygun ilaç seçimi ve reçetelemede mezuniyetteki ve şu andaki oranlar gruplar arasında anlamlı farklılıklar göstermemiştir.

Gastrointestinal sistem parazitozları tedavi planında ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %12,2'den şu anda %18,8'e (p=0,019), ikinci grupta %9,8'den %30,4'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %12,4'den %38,5'e (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette ilaç seçimde gruplar arasında farklılık bulunmazken şu anda Grup 3'deki yeterli hissetme oranı Grup 1'e göre daha fazla olmuştur (p=0,047). Reçetelemede yeterli hissetme oranları birinci grupta mezuniyette %6,1'den şu anda %20,8'e (p<0,0001), ikinci grupta %7,8'den %28,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %12,4'den %34,6'ya (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette ilaç seçimde gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamakla birlikte şu anda Grup 3'deki yeterli hissetme oranı Grup 1'e göre daha fazla olmuştur (p=0,005).

Moniliyazis tedavisinde ilaç seçiminde 1., 2. ve 3. grupta mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranlarında değişimler sırasıyla şu şekilde olmuştur; %10,2'den %17,0'ye, %11,5'den %26,7'ye ve %6,7'den %31,1'e artış (her üç grup için p<0,0001). Reçetelemede birinci grupta yeterli hissetme oranı %6,1'den %19,1' e yükselmiş, yetersiz hissetme oranı ise mezuniyette %46,9, şu anda %46,8 olarak tespit edilmiştir. Kısmen yeterli hissetme oranında %46,9'dan %34,0'e azalma olmuştur. Bu grupta mezuniyete göre şu anda tespit edilen değişimler anlamlı bulunmamıştır (p=0,207). İkinci grupta mezuniyetteki yeterli hissetme oranı %15,4 şu anda %28,9'a (p<0,0001), üçüncü grupta ise %4,8'den %30,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçimi ve reçetelemede mezuniyette ve şu anda ilaç seçiminde gruplar arasındaki farklar anlamlı çıkmamıştır.

Çocukta fonksiyonel kabızlık tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette %10,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %31,2'ye (p=0,0009), ikinci grupta %13,5'dan %45,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %18,9'dan %51,5'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede yeterli hissetme oranı birinci grupta %12,2'den %29,2'ye (p=0,0005), ikinci grupta %13,5'den %39,1'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %17,9'dan %52,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçimi ve reçetelemede mezuniyette ve şu anda ilaç seçiminde gruplar arasındaki farklar anlamlı çıkmamıştır.

Stomatit tedavisinde ilaç seçiminde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranı Grup 1'de %8,2'den %19,6'ya (p=0,012), Grup 2'de %13,5'den %24,4'e, Grup 3'te %10,5'den %29,7'ye

yükselmiştir. Ayrıca kısmen yeterli hissetme oranı Grup 2'de %36,5'den %57,8'e, Grup 3'te %47,6'dan %52,5'e yükselmiştir. İkinci ve üçüncü gruptaki değişimler de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (her biri için p<0,0001). İlaç seçiminde mezuniyette gruplar arasındaki oranlar anlamlı olarak farklılık göstermemiş; şu anda ise üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre daha fazla olmuştur (p=0,023). Reçetelemede yeterli hissetme oranı birinci grupta %10,2'den %23,4'e (p=0,01), ikinci grupta %15,4'den %28,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %8,6'dan %32,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. İlaç seçiminde mezuniyette gruplar arasında anlamlı farklılık olmamış, şu anda ise ikinci gruptaki oran birinci gruba göre daha fazla (p=0,044) ve üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre daha fazla olmuştur (p=0,023).

Hemoroid tedavisinde ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette %22,4 olan yeterli hissetme oranı şu anda %47,9'a (p=0,0008), ikinci grupta %19,6'dan %52,2'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %19,0'dan %51,9'a (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede Grup 1'de mezuniyette yeterli hissetme oranı %20,4'den şu anda %50,0'ye, Grup 2'de %15,7'den %54,3'e ve Grup 3'te %17,1'den %50,0'ye yükselmiştir (her bir grup için p<0,0001). Gerek uygun ilaç seçiminde gerekse reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (p>0,05).

Anal fissür tedavisinde uygun ilaç seçiminde mezuniyetten şu ana yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. gruplarda sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %28,6'dan %41,7'ye (p=0,004), %21,2'den %64,6'ya (p<0,0001) ve %20,8'den %47,6'ya artış (p<0,0001). Reçetelemede birinci grupta %26,5'den %39,6'ya (p=0,0007), ikinci grupta %17,3'den %53,2'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %18,7'den %46,6'ya artış (p<0,0001) olmuştur. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Kas iskelet sistemi hastalıklarını

Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları Tablo 9'da gösterilmiştir. Tablo 9 incelendiğinde genel olarak kas iskelet sistem hastalıklarında öğrencilerin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %6,1 - %35,2'lerde kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %10,9 - %69,6'lara çıkabilmiştir. Reçetelemede ise mezuniyete %6,1 - %32,7 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %10,9 - %73,3'e çıkabilmiştir. Bu sistemde yer alan mekanik bel ağrısı, osteoartrit ve tenosinovitlerde her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 9. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Mekanik bel ağrısı	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	16,7	54,2	29,2	19,2	48,1	32,7	20,0	44,8	35,2	0,999	0,997	0,998
		Şu an	4,3	44,7	51,1	2,2	28,9	68,9	2,9	27,5	69,6	0,197	0,116	0,998
		P değeri	**0,0005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	22,4	53,1	24,5	17,3	50,0	32,7	18,1	49,5	32,4	0,379	**< 0,0001**	0,989
		Şu an	6,4	46,8	46,8	0	26,7	73,3	3,9	31,1	65,0	**0,001**	**< 0,0001**	0,275
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Osteoartrit	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	36,7	38,8	24,5	34,6	57,7	7,7	30,8	49,0	20,2	0,691	0,956	0,417
		Şu an	21,3	36,2	42,6	19,6	54,3	26,1	13,5	44,2	42,3	0,444	0,906	0,150
		P değeri	**0,0004**			**0,0015**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	38,8	46,9	14,3	38,5	51,9	9,6	31,7	51,0	17,3	0,985	0,659	0,484
		Şu an	23,4	51,1	25,5	19,6	52,2	28,3	12,5	44,2	43,3	0,937	0,182	0,153
		P değeri	**0,006**			**0,001**			**< 0,0001**					
Tenosinovitler	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	55,1	38,8	6,1	61,5	28,8	9,6	49,5	38,1	12,4	0,979	0,530	0,386
		Şu an	44,7	31,9	23,4	39,1	40,0	10,9	29,1	51,5	19,4	0,975	0,662	0,495
		P değeri	**0,005**			**0,005**			**0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	59,2	34,7	6,1	61,5	30,8	7,7	53,3	36,2	10,5	1,000	0,651	0,639
		Şu an	46,8	36,2	17,0	37,0	52,2	10,9	29,1	49,5	21,4	0,862	0,180	0,454
		P değeri	**0,017**			**0,002**			**< 0,0001**					

Mekanik bel ağrısı tedavisinde ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyetteki yeterli hissetme oranı %29,2'den şu anda %51,1'e yükselmiş (p=0,0005), ikinci grupta %32,7'den %68,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %35,2'den %69,6'ya (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette ve şu anda ilaç seçiminde gruplar arsasında yeterli hissetme oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Reçetelemede Grup 1'de mezuniyette %24,5 olan yeterli hissetme oranı şu anda %46,8'e yükselmiş (p=0,0005), Grup 2'de bu oran %32,7'den %73,3'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %32,4'den %65,0'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede mezuniyette üçüncü gruptaki değişim birinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla olmuştur (p<0,0001). Şu anda ise ikinci gruptaki oran birinci gruba göre (p=0,001) ve üçüncü gruptaki oran da birinci gruba göre daha fazla çıkmıştır (p<0,0001).

Osteoartrit tedavisinde ilaç seçiminde 1., 2. ve 3. gruplardaki mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekildedir; %24,5'den %42,6'ya (p=0,0004), %7,7'den %26,1'e

(p=0,0015) ve %20,2'den %42,3'e artış (p<0,0001). Reçetelemede birinci grupta mezuniyette %14,3 olan yeterli hissetme oranı şu anda %25,5'e (p=0,006), ikinci grupta %9,6'dan %28,3'e (p=0,001) ve %17,3'den %43,3'e (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçimi ve reçetelemede mezuniyette ve şu anda gruplar arsasında yeterli hissetme oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tenosinovitlerin tedavi planlamasında ilaç seçiminde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2., ve 3. gruplarda sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %6,1'den %23,4'e (p=0,005), %9,6'dan %10,9'a (p=0,005) ve %12,4'den %19,4'e artış (p=0,0001). Reçetelemede mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları ise 1., 2., ve 3. gruplarda sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %6,1'den %17,0'ye (p=0,017), %7,7'den %10,9'a (p=0,002) ve %10,5'den %21,4'e artış (p<0,0001). Uygun ilaç seçimi ve reçetelemede mezuniyette ve şu anda gruplar arsasında yeterli hissetme oranları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sinir sistemi ve davranış

Bu grupta yer alan hastalıkların tedavi planına ilişkin yeterlik algıları Tablo 10'da gösterilmiştir. Tablo 10 incelendiğinde genel olarak sinir sistemi ve davranış hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %11,5 - %26,5'lerde kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %17,8 - %45,7'lere; reçetelemede ise mezuniyete %7,7 - %24,5 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %15,6 - %38,8'e çıkabilmiştir. Bu sistemde yer alan depresyon, febril konvülsiyon ve gerilim tipi başağrısında her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 10. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi ve davranışa ilişkin hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Depresyon	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	24,5	53,1	22,4	48,1	40,4	11,5	39,0	44,8	16,2	**0,047**	0,167	0,578
		Şu an	19,1	48,9	31,9	13,3	68,9	17,8	12,7	45,1	42,2	0,980	0,254	0,167
		P değeri	0,091			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	30,6	53,1	16,3	53,8	38,5	7,7	45,7	39,0	15,2	**< 0,0001**	0,102	0,174
		Şu an	17,0	51,1	31,9	17,8	66,7	15,6	13,7	48,0	38,2	**< 0,0001**	0,211	**0,001**
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Febril konvülsiyon	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	38,8	42,9	18,4	43,1	43,1	13,7	46,2	38,7	15,1	0,767	0,540	0,964
		Şu an	17,0	48,9	34,0	2,2	52,2	45,7	16,5	57,3	26,2	0,174	0,799	**0,020**
		P değeri	**0,002**			**<0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	44,9	42,9	12,2	54,9	35,3	9,8	50,9	35,8	13,2	0,601	0,824	0,858
		Şu an	19,1	53,2	27,7	2,2	67,4	30,4	22,1	51,9	26,0	0,367	0,918	0,122
		P değeri	**0,0005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gerilim tipi başağrısı	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	14,3	59,2	26,5	38,5	36,5	25,0	34,0	46,2	19,8	**< 0,0001**	**< 0,0001**	**< 0,0001**
		Şu an	6,2	52,1	41,7	4,4	55,6	40,0	16,3	46,2	37,5	**< 0,0001**	**< 0,0001**	**< 0,0001**
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	20,4	55,1	24,5	38,5	42,3	19,2	37,1	42,9	20,0	0,235	0,125	0,999
		Şu an	10,4	54,2	35,4	6,7	57,8	35,6	19,4	41,7	38,8	0,852	0,959	0,646
		P değeri	**0,017**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencileri arasında depresyon tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %22,4'den şu anda %31,9'a yükselmiş ve kısmen yeterli hissetme oranı %53,1'den %48,9'a düşmüştür. Bu değişimler anlamlı bulunmamıştır (p=0,091). Grup 2'de yeterli hissetme oranı %11,5'den %17,8'e, kısmen yeterli hissetme oranı da %40,4'den %68,9'a yükselmiştir (p<0,0001). Grup 3'de yeterli hissetme oranı %16,2'den %42,2'ye yükselmiştir (p<0,0001). Mezuniyette ilaç seçiminde ikinci gruptaki oran, birinci gruba göre daha fazla olmuştur (p=0,047). Diğer gruplar arasında farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Yine şu anda ilaç seçiminde gruplar arasında yeterli hissetme oranları arasında farklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Reçetelemede yeterli hissetme oranı 1., 2. ve 3. gruplarda mezuniyette ve şu anda sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %16,3'den %31,9'a, %7,7'den %15,6'ya ve %15,2'den %38,2'ye artış (her bir grup için p<0,0001).

Mezuniyette Grup 2 ile Grup 1 arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,0001). Diğer gruplar arasında yeterli hissetme oranlarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Şu anda ilaç seçiminde Grup 1 ile Grup 2 arasında (p<0,0001) ve Grup ve Grup 3 arasında (p=0,001) anlamlı derecede farklılıklar bulunmuştur.

Febril konvülsiyonun tedavi planlamasında uygun ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %18,4'den şu anda %34,0'e yükselmiş (p=0,002), Grup 2'de %13,7'den %45,7'ye (p<0,0001) ve Grup 3'te %15,1'den %26,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Yeterlik oranlarında mezuniyette gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamış; şu anda yeterli hissetme oranları Grup 2 ve Grup 3 arasında anlamlı bulunmuştur (p=0,02). Reçetelemede mezuniyette yeterli hissetme oranı birinci grupta %12,2'den şu anda %27,7'ye yükselmiş (p=0,0005), Grup 2'de %9,8'den %30,4'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %13,2'den %26,0'ya (p<0,0001) yükselmiştir. Yeterlik algısında mezuniyette ve şu anda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Gerilim tipi başağrısı tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissetme oranları mezuniyette ve şu anda Grup 1, 2 ve 3'de sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %26,5'den %41,7'ye, %25,0'den %40,0'a ve %19,8'den %37,5'a artış (her bir grup için p<0,0001). İlaç seçiminde gruplar arasındaki oranlar Grup 1 ile Grup 2, Grup 1 ile Grup 3 ve Grup 2 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (her bir grup için p<0,0001). Reçetelemede Grup 1'de %24,5 olan yeterli hissetme oranı %35,4'e (p=0,017), Grup 2'de %19,2'den %35,6'ya (p<0,0001) ve Grup 3'te %20,0'den %38,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede mezuniyette ve şu anda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ürogenital sistem hastalıkları

Ürogenital sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları Tablo 11'de gösterilmiştir. Tablo 11 incelendiğinde genel olarak ürogenital sistem hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %2,0 - %37,1'lerde kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %8,3 - %69,3'lere; reçetelemede ise mezuniyete %4,1 - %33,3 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %14,6 - %70,3'e çıkabilmiştir. Bu sistemde yer alan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genital enfeksiyonlar ve premenstrüel sendromda her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Üriner sistem enfeksiyonları ve hiperemezis gravidarumda ikinci ve üçüncü gruplarda mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 11. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	26,5	55,1	18,4	39,2	41,2	19,6	28,3	59,4	12,3	0,676	0,705	0,978
		Şu an	22,9	43,8	33,3	16,7	54,2	29,2	8,8	49,0	42,2	0,860	0,046	0,255
		P değeri	**0,058**			**0,0004**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	43,8	41,7	14,6	51,0	37,3	11,8	33,6	53,3	13,1	0,733	0,723	0,227
		Şu an	27,1	43,8	29,2	25,0	43,8	31,2	11,7	50,5	37,9	0,828	0,083	0,325
		P değeri	**0,003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Genital enfeksiyonlar	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	22,9	62,5	14,6	52,9	41,2	5,9	41,0	49,5	9,5	**0,012**	0,099	0,377
		Şu an	16,7	50,0	33,3	14,9	59,6	25,5	8,7	51,0	40,4	0,949	0,335	0,180
		P değeri	**0,014**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	32,7	55,1	12,2	60,8	31,4	7,8	41,0	49,5	9,5	**0,033**	0,579	0,122
		Şu an	18,8	56,2	25,0	17,0	55,3	27,7	11,7	50,5	37,9	0,854	0,190	0,500
		P değeri	**0,013**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Üriner sistem enfeksiyonları	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	4,1	65,3	30,6	15,4	50,0	34,6	18,1	44,8	37,1	0,885	0,772	0,988
		Şu an	0	31,9	68,1	2,2	31,3	66,7	1,0	29,7	69,3	0,998	0,933	0,958
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	8,3	68,8	22,9	17,3	50,0	32,7	17,1	49,5	33,3	0,984	0,986	0,999
		Şu an	0	36,2	63,8	0	35,6	64,4	2,0	27,7	70,3	0,939	0,751	0,945
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Hiperemezis gravidarum	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	44,9	53,1	2,0	46,2	42,3	11,5	45,3	46,2	8,5	0,842	0,873	0,987
		Şu an	35,4	56,2	8,3	15,6	51,1	33,3	14,6	52,4	33,0	**0,002**	**0,001**	0,949
		P değeri	0,129			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	44,9	51,0	4,1	51,9	34,6	13,5	51,9	42,5	5,7	0,988	0,896	0,809
		Şu an	39,6	45,8	14,6	20,0	46,7	33,3	14,4	52,9	32,7	**0,012**	**0,002**	0,999
		P değeri	0,131			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Premenstrüel sendrom	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	20,4	59,2	20,4	36,5	50,0	13,5	32,4	50,5	17,1	0,067	0,102	0,802
		Şu an	17,0	44,7	38,3	10,9	56,5	32,6	12,7	48,0	39,2	0,954	0,676	0,956
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	30,6	51,0	18,4	40,4	46,2	13,5	31,4	54,3	14,3	0,549	0,903	0,705
		Şu an	21,3	48,9	29,8	17,4	56,5	26,1	11,8	50,0	38,2	0,979	0,256	0,366
		P değeri	**0,02**			**0,0001**			**< 0,0001**					

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavi planlamasında uygun ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %18,4'den şu anda %33,3'e (p=0,058), ikinci grupta %19,2'den %29,2'ye (p=0,0004) ve üçüncü grupta %12,3'den %42,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede Grup 1'de %14,6'dan %29,2'ye (p=0,003), Grup 2'de %11,8'den %31,2'ye (p<0,0001) ve Grup 3'te %12,3'den %42,2'ye artış (p<0,0001) olmuştur. Gerek uygun ilaç seçiminde gerekse reçetelemede gruplar arasında mezuniyette ve şu andaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (p>0,05).

Genital enfeksiyonların tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %14,6'dan şu anda %33,3'e yükselmiş (p=0,014), ikinci grupta %5,9'dan %25,5'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %9,5'den %40,4'e yükselme (p<0,0001) olmuştur. Mezuniyette ilaç seçiminde Grup 1 ve Grup 2 arasında yeterli hissetme oranında farklılık anlamlı bulunmuş (p=0,012), diğer gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Gruplar arasında ilaç seçiminde şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır. Reçetelemede yeterli hissetme oranı ve birinci grupta mezuniyette %12,2'den şu anda %25,0'e (p=0,013), ikinci grupta %7,8'den %27,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %9,5'den %37,9'a (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette ilaç seçiminde birinci ve ikinci grup arasında yeterli hissetme oranında farklılık anlamlı bulunmuş (p=0,033), diğer gruplar arasındaki farklılık anlamlı çıkmamıştır. Gruplar arasında reçetelemede şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Üriner sistem enfeksiyonlarının tedavi planlamasında ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, Grup 2ve Grup 3'te sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %30,6'dan %68,1'e, %34,6'dan %66,7'ye ve %37,1'den %69,3'e artış (her bir grup için p<0,0001). Reçetelemede yeterli hissetme oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, Grup 2 ve Grup 3'te sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %22,9'dan %63,8'e, %32,7'dan %64,4'e ve %33,3'den %70,3'e artış (her bir grup için p<0,0001). Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyette ve şu andaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (p>0,05).

Hiperemezis gravidarum tedavisinde ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %2,0, şu anda ise %8,3 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,129). Grup 2'de mezuniyette %11,5'den şu anda %33,3'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %8,5'den %33,0'a (p<0,0001) yükselmiştir. Gruplar arasında mezuniyette ilaç seçiminde anlamlı farklılık bulunmamıştır, şu anda ise Grup 1 ile Grup 2 arasında (p=0,002) ve Grup 1 ile Grup 3 arasındaki farklar anlamlı (p=0,001) bulunmuştur. Reçetelemede birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %4,1, şu anda %14,6 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,131). İkinci grupta mezuniyette %13,5 olan oran şu anda %33,3'e

(p<0,0001) ve üçüncü grupta %5,7 olan oran %32,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Gruplar arasında mezuniyette ilaç seçiminde yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, şu anda ilaç seçiminde Grup 1 ve Grup 2 arasında (p=0,012) ve Grup 1 ile Grup 3 arasındaki farklar anlamlı (p=0,002) çıkmıştır.

Premenstrüel sendrom tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyette %20,4'den şu anda %38,3'e, Grup 2'de %13,5'den %32,6'ya ve Grup 3'te %17,1'den %39,2'ye yükselmiştir (her bir grup için p<0,0001). Reçetelemede birinci grupta yeterli hissetme oranında %18,4'den %29,8'e (p=0,02), ikinci grupta %13,5'den %26,1'e (p=0,0001) ve üçüncü grupta %14,3'den %38,2'ye (p<0,0001) yükselme olduğu belirlenmiştir. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyette ve şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Multisistem hastalıklar

Birden fazla sistemle ilişkili hastalıkların tedavi planına ilişkin yeterlik algıları Tablo 12'de gösterilmiştir. Tablo 12 incelendiğinde multisistem hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin mezuniyette uygun ilaç seçiminde kendilerini yeterli hissedenlerin oranı %6,1 - %50,0'lerde kalmıştır. Aile Hekimliği eğitimi ile bu oran %10,6 - %85,4'lere; reçetelemede ise mezuniyete %7,6 - %38,5 olan oranlar uzmanlık eğitimiyle %11,1 - %86,4'e çıkmıştır. Bu sistemde yer alan döküntülü enfeksiyöz hastalıklar, influenza, alerjik reaksiyon, ürtiker ve anjioödem, diabetes mellitus ve komplikasyonları, dislipidemi, malnutrisyon, D vitamini eksikliği, dehidratasyon, megaloblastik anemi, ilaç yan etkileri ve taşıt tutmasında her üç grupta da mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki bu artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Brusellozda ilaç seçiminde birinci ve ikinci grupta, reçetelemede ikinci ve üçüncü gruplarda mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki artışın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Kabakulak ve K vitamini yetersizliğinde ikinci ve üçüncü gruplarda mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarındaki artış istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Difteride ilaç seçiminde sadece üçüncü grupta mezuniyet dönemine göre şu andaki değerlendirmelerinde kendilerini yeterli hissetme oranlarında anlamlı artış olmuş, reçetelemede ise birinci ve üçüncü gruplarda anlamlı artış olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 12. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Döküntülü enfeksiyöz hastalıklar	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	40,8	46,9	12,2	53,8	34,6	11,5	41,5	49,1	9,4	0,464	0,937	0,549
		Şu an	20,8	64,6	14,6	17,0	57,4	25,5	10,7	61,2	28,2	0,375	0,076	0,809
		P değeri	**0,015**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	44,9	46,9	8,2	57,7	28,8	13,5	41,5	46,2	12,3	0,730	0,797	0,286
		Şu an	22,9	58,3	18,8	23,4	48,9	27,7	11,7	59,2	29,1	0,635	0,131	0,659
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Bruselloz	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	40,8	44,9	14,3	55,8	25,0	19,2	42,1	43,0	15,0	0,449	0,999	0,556
		Şu an	37,5	45,8	16,7	27,1	45,8	27,1	31,1	52,4	16,5	0,054	0,738	0,301
		P değeri	**< 0,0001**			**0,0001**			0,086					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	51,0	40,8	8,2	55,8	32,7	11,5	49,5	36,4	14,0	0,976	0,775	0,618
		Şu an	43,8	43,8	12,5	33,3	41,7	25,0	35,0	43,7	21,4	0,175	0,314	0,794
		P değeri	0,230			**0,0002**			**0,003**					
İnfluenza	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	27,1	43,8	29,2	26,9	48,1	25,0	21,7	49,1	29,2	0,971	0,899	0,748
		Şu an	6,2	45,8	47,9	0	36,2	63,8	1,9	30,1	68,0	0,169	0,048	0,964
		P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	27,1	45,8	27,1	28,8	48,1	23,1	25,5	47,2	27,4	0,898	0,990	0,785
		Şu an	8,3	41,7	50,0	4,3	34,8	60,9	2,9	30,1	67,0	0,431	0,071	0,727
		P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Kabakulak	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	49,0	34,7	16,3	48,1	38,5	13,5	48,1	36,8	15,1	0,977	0,992	0,992
		Şu an	36,2	44,7	19,1	27,7	44,7	27,7	21,2	47,1	31,7	0,494	0,082	0,716
		P değeri	0,052			**0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	49,0	38,8	12,2	57,7	28,8	13,5	47,2	39,6	13,2	0,807	0,972	0,605
		Şu an	40,4	42,6	17,0	25,5	42,6	31,9	24,0	44,2	31,7	0,071	0,045	0,978
		P değeri	0,116			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Difteri	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	55,1	38,8	6,1	62,7	27,5	9,8	55,2	36,2	8,6	0,985	0,962	0,887
		Şu an	51,1	34,0	14,9	53,2	36,2	10,6	42,7	38,8	18,4	0,999	0,550	0,518
		P değeri	0,108			0,077			**0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	59,2	32,7	8,2	66,0	26,0	8,0	60,0	32,4	7,6	0,944	0,997	0,892
		Şu an	53,2	27,7	19,1	57,4	29,8	12,8	42,7	43,7	13,6	0,950	0,824	0,603
		P değeri	**0,05**			0,06			**0,0001**					

Tablo 12. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Alerjik reaksiyon	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	14,3	42,9	42,9	9,6	40,4	50,0	18,7	43,9	37,4	0,601	0,712	0,142
		Şu an	2,1	27,1	70,8	2,1	12,5	85,4	0,	29,1	70,9	0,211	0,979	0,191
		P değeri	**0,0002**			**<0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	18,4	46,9	34,7	23,1	38,5	38,5	23,4	43,9	32,7	0,999	0,826	0,855
		Şu an	0	37,5	62,5	4,2	20,8	75,0	1,0	25,2	73,8	0,529	0,451	0,997
		P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Ürtiker ve anjioödem	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	22,4	59,2	18,4	26,9	46,2	26,9	23,6	44,3	32,1	0,935	0,526	0,774
		Şu an	8,5	46,8	44,7	4,4	33,3	62,2	4,9	33,3	61,8	0,120	0,086	0,979
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	24,5	57,1	18,4	26,9	48,1	25,0	27,1	41,1	31,8	0,931	0,631	0,868
		Şu an	12,8	38,3	48,9	2,2	35,6	62,2	3,9	35,3	60,8	0,132	0,107	0,966
		P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Diabetes mellitus ve komplikasyonları	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	30,6	42,9	26,5	32,7	46,2	21,2	31,1	49,1	19,8	0,818	0,776	0,999
		Şu an	8,3	45,8	45,8	4,3	57,4	38,3	1,9	38,5	59,6	0,980	0,133	0,078
		P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	29,2	56,2	14,6	42,3	36,5	21,2	39,6	43,4	17,0	0,887	0,767	0,987
		Şu an	8,3	47,9	43,8	4,3	55,3	40,4	1,0	41,7	57,3	0,983	0,114	0,165
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Dislipidemi	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	28,6	55,1	16,3	47,1	39,2	13,7	34,6	51,4	14,0	0,243	0,702	0,522
		Şu an	8,3	56,2	35,4	8,5	53,2	38,3	3,9	35,9	60,2	0,951	**0,015**	0,038
		P değeri	**0,0009**			**<0,0001**			**<0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	36,7	53,1	10,2	58,8	31,4	9,8	45,3	43,4	11,3	0,155	0,724	0,344
		Şu an	10,4	60,4	29,2	12,8	48,9	38,3	3,9	35,9	60,2	0,777	**0,002**	**0,022**
		P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Malnutrisyon	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	51,0	38,8	10,2	48,1	42,3	9,6	43,0	43,9	13,1	0,957	0,573	0,764
		Şu an	29,8	55,3	14,9	24,4	62,2	13,3	26,2	45,6	28,2	0,923	0,472	0,748
		P değeri	**0,007**			**0,005**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	51,0	34,7	14,3	53,8	36,5	9,6	43,9	43,9	12,1	0,887	0,893	0,569
		Şu an	34,0	46,8	19,1	28,9	60,0	11,1	29,1	49,5	21,4	0,993	0,920	0,966
		P değeri	**0,018**			**0,002**			**0,0007**					

Tablo 12. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
D vitamini eksikliği	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	6,1	59,2	34,7	28,8	36,5	34,6	26,2	43,9	29,9	0.299	0.106	0.937
		Şu an	2,1	33,3	64,6	4,3	25,5	70,2	2,0	12,7	85,3	0.782	**0.020**	0.114
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	14,3	63,3	22,4	34,6	40,4	25,0	29,9	45,8	24,3	0,421	0,450	0,963
		Şu an	2,1	27,1	70,8	4,3	21,3	74,5	1,0	12,6	86,4	0,881	0,053	0,165
		P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Dehidratasyon	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	12,2	63,3	24,5	28,8	40,4	30,8	24,1	48,1	27,8	0,749	0,736	0,995
		Şu an	4,2	43,8	52,1	2,1	36,2	61,7	4,9	41,2	53,9	0,509	0,959	0,568
		P değeri	**0,0008**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	18,4	61,2	20,4	34,6	40,4	25,0	28,7	49,1	22,2	0,707	0,768	0,970
		Şu an	6,2	45,8	47,9	2,1	36,2	61,7	5,9	42,2	52,0	0,258	0,835	0,416
		P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Megaloblastik anemi	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	22,4	49,0	28,6	32,7	51,9	15,4	31,7	45,2	23,1	0,214	0,363	0,831
		Şu an	8,5	48,9	42,6	11,1	46,7	42,2	10,7	40,8	48,5	0,992	0,904	0,838
		P değeri	**0,005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	30,6	49,0	20,4	36,5	50,0	13,5	32,4	47,6	20,0	0,625	0,937	0,743
		Şu an	12,8	51,1	36,2	13,3	44,4	42,2	12,5	36,5	51,0	0,916	0,409	0,704
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
İlaç yan etkileri	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	38,8	53,1	8,2	58,8	27,5	13,7	42,1	47,7	10,3	0,510	0,999	0,392
		Şu an	29,8	40,4	29,8	23,9	54,3	21,7	14,7	61,8	23,5	0,999	0,653	0,691
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	42,9	49,0	8,2	60,8	27,5	11,8	40,6	48,1	11,3	0,507	0,854	0,167
		Şu an	29,8	38,3	31,9	26,1	52,2	21,7	16,7	61,8	21,6	0,938	0,933	0,734
		P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
K vitamini yetersizliği	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	34,7	51,0	14,3	56,9	35,3	7,8	50,9	38,7	10,4	0,127	0,189	0,852
		Şu an	31,9	48,9	19,1	32,6	52,2	15,2	33,7	39,6	26,7	1,000	0,829	0,838
		P değeri	0,374			**0,0004**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	40,8	49,0	10,2	58,8	33,3	7,8	52,8	36,8	10,4	0,320	0,581	0,777
		Şu an	36,2	48,9	14,9	43,2	40,9	15,9	33,7	42,6	23,8	0,994	0,522	0,410
		P değeri	0,289			**0,007**			**< 0,0001**					

Tablo 12. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarının tedavi planına ilişkin yeterlik algıları (devam)

			Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
			Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Taşıt tutması	İlaç seçimi	**Mezuniyet**	38,8	40,8	20,4	44,2	38,5	17,3	37,1	41,9	21,0	0,787	0,986	0,623
		Şu an	14,9	57,4	27,7	8,9	51,1	40,0	10,8	51,0	38,2	0,367	0,444	0,924
		P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
	Reçeteleme	**Mezuniyet**	36,7	46,9	16,3	42,3	40,4	17,3	38,1	45,7	16,2	0,939	0,983	0,975
		Şu an	14,9	59,6	25,5	13,3	44,4	42,2	11,8	54,9	33,3	0,338	0,618	0,744
		P değeri	**0,001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Döküntülü enfeksiyöz hastalıkların tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta kısmen yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %46,9'dan şu anda %64,6'ya, yeterli hissedenlerin oranı %12,2'den %14,6'ya yükselmiştir (p=0,015). Grup 2'de kısmen yeterli hissedenlerin oranı %34,6'dan %57,4'e, yeterli hissedenlerin oranı %11,5'den %25,5'e yükselmiştir (p<0,0001). Grup 3'te kısmen yeterli hissedenlerin oranı %49,1'den %61,2'ye, yeterli hissedenlerin oranı %9,4'den %28,2'ye yükselmiştir (p<0,0001). Reçetelenmede yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta %8,2'den %18,8'e (p=0,002), ikinci grupta %13,5'den %27,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %12,3'den %29,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Bruselloz tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %14,3'den şu anda %16,7'ye (p<0,0001), ikinci grupta %19,2'den %27,1'e (p=0,0001) yükselmiştir. Grup 2'de kısmen yeterli hissedenlerin oranı %25,0'den %45,8'e yükselmiştir (p=0,0001). Grup 3'te %15,0'dan %16,5'e değişim göstermiş ancak anlamlı bulunmamıştır (p=0,086). Reçetelemede birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %8,2, şu anda ise %12,5 olarak belirlenmiştir. Kısmen yeterli hissedenlerin oranı %40,8'e %43,8 olarak belirlenmiş olup 1. grupta anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,230). Grup 2'de yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %11,5'den şu anda %25,0'e (p=0,0002), Grup 3'te %14,0'den %21,4'e (p=0,003) yükselmiştir. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

İnfluenza tedavisinde uygun ilaç seçiminde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla, %29,2 ve %47,9 (p=0,0002), %25,0 ve %63,8 (p<0,0001), %29,2 ve

%68,0 (p<0,0001) olarak belirlenmiştir. Reçetelemede ise mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla, %27,1 ve %50,0 (p=0,0003), %23,1 ve %60,9 (p<0,0001), %27,4 ve %67,0 (p<0,0001) olarak belirlenmiştir. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Kabakulak tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %16,3'den şu anda %19,1'a değişmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,052). Yeterli hissedenlerin oranı Grup 2'de %13,5'den %27,7'ye (p=0,0001), Grup 3'te %15,1'den %31,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %12,2, şu anda ise %17,0 olarak belirlenmiştir. Kısmen yeterli hissedenlerin oranı %38,8'den %42,6'ya değişmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,116). Grup 2'de yeterli hissedenlerin oranı %13,5'den %31,9'a (p=0,0001), Grup 3'te %13,2'den %31,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Difteri tedavisinde uygun ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı %6,1, şu anda %14,9 olarak; kısmen yeterli hissedenlerin oranı ise mezuniyette %38,8, şu anda %34,0 olarak belirlenmiştir. Bu gruptaki değişim anlamlı bulunmamıştır (p=0,116). Grup 2'de yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %9,8, şu anda 10,6 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,077). Grup 3'te mezuniyette %8,6 olan yeterli hissetme oranı şu anda %18,4 olmuştur (p=0,0001). Reçetelemede birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı %8,2'den %19,1'e yükselmiştir (p=0,05). İkinci grupta ise mezuniyette yeterli hissetme oranı %8,0, şu anda %12,8 olurken, kısmen yeterli hissedenlerin oranı %26,0'dan %29,8'e değişmiştir (p=0,06). Üçüncü grupta ise yeterli hissedenlerin oranı %7,6'dan %13,6'ya yükselmiştir (p=0,0001). Uygun ilaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Alerjik reaksiyonların tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %42,9 ve %70,8 (p=0,0002), %50,0 ve %85,4 (p<0,0001), %37,4 ve %70,9 (p<0,0001). Reçetelemede yeterli hissedenlerin oranı ise mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %34,7 ve %62,5 (p=0,0002), %38,5 ve %75,0 (p<0,0001), %32,7 ve %73,8 (p<0,0001). İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyette ve şu anda yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ürtiker ve anjioödem tedavisinde uygun ilaç seçiminde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %18,4 ve %44,7 (p=0,0002), %26,9 ve %62,2 (p<0,0001), %32,1 ve %61,8 (p<0,0001). Reçetelemede yeterli hissedenlerin oranı ise mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %18,4 ve %48,9 (p=0,0002), %25,0 ve %62,2 (p<0,0001), %31,8 ve %60,8 (p<0,0001). İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tedavi planlamasında ilaç seçiminde mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta %26,5, şu anda %45,8 olarak belirlenmiştir (p=0,0003). Grup 2'de sözkonusu oran %21,2 ve %40,4 (p<0,0001), Grup 3'te %19,8 ve %59,6 olarak belirlenmiştir (p<0,0001). Reçetelemede yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %14,6, şu anda %43,8, ikinci grupta %21,2 ve %40,4 ve üçüncü grupta %17,0 ve %57,3 olarak belirlenmiştir (her grup için p<0,0001). İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Dislipidemi tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %16,3 ve %35,4 (p=0,0009), %13,7 ve %38,3 (p<0,0001), %14,0 ve %60,2 (p<0,0001). İlaç seçiminde gruplar arasında mezuniyette anlamlı fark bulunmazken ve şu anda Grup 1 ve Grup 3 arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,015). Reçetelemede yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %10,2 ve %29,2 (p=0,0001), %9,8 ve %38,3 (p<0,0001), %11,3 ve %60,2 (p<0,0001). Reçetelemede gruplar arasında mezuniyette farklılık bulunmamış, şu anda ise Grup 1 ile Grup 3 arasında (p=0,002) ve Grup 2 ile Grup 3 arasında (p=0,022) anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Malnutrisyon tedavisinde ilaç seçiminde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %10,2 ve %14,9 (p=0,007), %9,6 ve %13,3 (p=0,005), %13,1 ve %28,2 (p<0,0001). Reçetelemede yeterli hissedenlerin oranı ise mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %14,3 ve %19,1 (p=0,018), %9,6 ve %11,1 (p=0,002), %12,1 ve %21,4 (p=0,0007). İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

D vitamini eksikliği tedavi planlamasında uygun ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %34,7'den şu anda %64,6'ya yükselmiş (p=0,002), Grup 2'de %34,6'dan %70,2'ye (p<0,0001) ve Grup 3'te de %29,9'dan %85,3'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Şu anda yeterlik algılarındaki oran Grup 1 ve Grup 3 arasında anlamlı bulunmuştur (p=0,02). Reçetelemede mezuniyette

yeterli hissetme oranı birinci grupta %22,4'den şu anda %70,8'e yükselmiş (p<0,0001), Grup 2'de %25,0'den %74,5'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %24,3'den %86,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette ve şu anda gruplar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Dehidratasyon tedavisinde ilaç seçiminde 1., 2. ve 3. gruplarda mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekildedir; %24,5'den %52,1'e artış (p=0,0008), %30,8'den %61,7'ye artış (p<0,0001) ve %27,8'den %53,9'a artış (p<0,0001). Reçetelemede birinci grupta mezuniyette %20,4 olan yeterli hissetme oranı şu anda %47,9'a (p=0,0003), ikinci grupta %25,0'den %61,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %22,2'den %52,0'ye (p<0,0001) yükselmiştir. İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

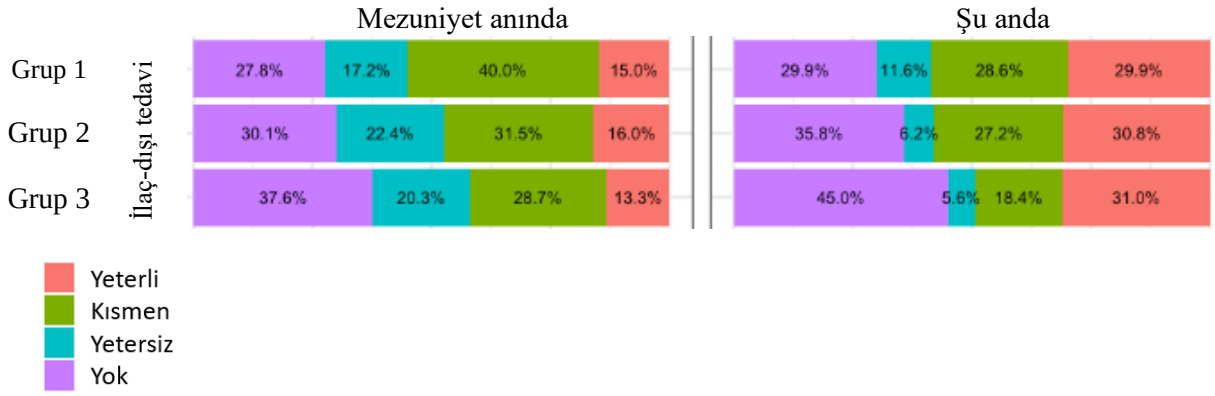
Megaloblastik anemi tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %28,6'dan şu anda %42,6'ya yükselmiş (p=0,005), Grup 2'de %15,4'den %42,2'ye (p<0,0001) ve Grup 3'te %23,1'den %48,5'e (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede mezuniyette yeterli hissetme oranı birinci grupta %20,4'den şu anda %36,2'ye yükselmiş (p=0,002), Grup 2'de %13,5'den %42,2'ye (p<0,0001) ve Grup 3'te %20,0'den %51,0'e (p<0,0001) yükselmiştir. İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

K vitamini eksikliği tedavi planlamasında ilaç seçiminde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %14,3, şu anda %19,1 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,374). Grup 2'de %7,8'dan %15,2'ye (p=0,0004) ve Grup 3'te %10,4'den %26,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Reçetelemede mezuniyette yeterli hissetme oranı birinci grupta %10,2, şu anda %14,9 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,289). Grup 2'de %7,8'den %15,9'a (p=0,007) ve Grup 3'te %10,4'den %23,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Taşıt tutması tedavisinde ilaç seçiminde 1., 2. ve 3. gruplarda mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekildedir; %20,4'den %27,7'ye (p=0,001), %17,3'den %40,0'a (p<0,0001) ve %21,0'den %38,2'ye artış (p<0,0001). Reçetelemede birinci grupta mezuniyette %16,3 olan yeterli hissetme oranı şu anda %25,5'e (p=0,001), ikinci grupta %17,3'den %42,2'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %16,2'den %33,3'e (p<0,0001) yükselmiştir. İlaç seçiminde ve reçetelemede gruplar arasında mezuniyetteki ve şu andaki yeterlik algıları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

6.1.3. İlaç-dışı tedavi planlama

Tüm hastalıklar/klinik durumlar bir arada ele alındığında ilaç dışı tedavi planlama yeterlik algısına ilişkin yüzde dağılımlar Şekil 4'de sunulmuştur.



Şekil 4. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ilaç dışı tedavi planlamaya ilişkin yeterlik algıları

Şekil 4'de görüldüğü gibi mezuniyet anında ilaç dışı tedavisi yoktur diyen uzmanlık öğrencilerin oranı %27,8 ile %37,6 arasında şu anda ise %29,9 ile %45,0 arasında değişmiştir. İlaç dışı tedavisi var diyen ve bu konuda kendini yeterli hisseden öğrencilerin oranı mezuniyette %13,3 ile %15,0 arasında iken bu oran artarak şu an %29,9 ile %31,0 arasına yükselmiştir. Grupların hepsinde uzmanlık öğrencilerinin şu anki değerlendirmelerinde mezun olduklarına göre kendilerini daha yeterli hissettikleri belirlenmiştir ($p<0,05$).

Duyu sistemleri hastalıkları

Tablo 13'de uzmanlık öğrencilerin duyu sistemi hastalıklarına ilişkin ilaç dışı tedavilerle ilgili görüşleri sunulmuştur. Tablo 13a'da öncelikle söz konusu hastalığın ilaç dışı tedavisi var veya yok diyen öğrencilerin dağılımları verilmiş, daha sonra Tablo 13b'de var diyen öğrencilerin ilaç dışı tedavisi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar belirtilmiştir.

Tablo 13a. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Konjonktivit									
Mezuniyet	78,6	21,4	73,9	26,1	53,5	46,5	0,989	**0,0001**	**0,0001**
Şu an	75,7	24,3	68,4	31,6	45,2	54,8	0,985	**0,0002**	**0,0002**
P değeri	0,959		0,923		0,701				
Otitis eksterna									
Mezuniyet	60,0	40,0	68,9	31,1	58,0	42,0	0,985	0,997	0,963
Şu an	57,1	42,9	62,2	37,8	49,3	50,7	0,992	0,989	0,963
P değeri	0,971		0,938		0,879				
Otitis media									
Mezuniyet	62,2	37,8	58,7	41,3	48,9	51,1	0,995	**<0,0001**	**<0,0001**
Şu an	59,5	40,5	52,5	47,5	41,2	58,8	0,992	**<0,0001**	**<0,0001**
P değeri	0,973		0,936		0,793				
Benign paroksismal pozisyonel vertigo									
Mezuniyet	74,4	25,6	75,0	25,0	61,9	38,1	0,999	0,956	0,954
Şu an	71,8	28,2	71,1	28,9	54,9	45,1	0,999	0,948	0,951
P değeri	0,976		0,964		0,910				
Yenidoğanda konjonktivit									
Mezuniyet	69,0	31,0	63,8	36,2	54,5	45,5	0,993	0,937	0,972
Şu an	65,8	34,2	57,5	42,5	48,1	51,9	0,990	0,931	0,974
P değeri	0,970		0,938		0,904				

Tablo 13a'da incelendiğinde mezuniyet anında duyu sistemleri hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavisi genel olarak incelendiğinde yok diyenlerin oranı %21,4 ile %51,1 arasında, var diyenlerin oranı ise %48,9 ile %78,6 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) yok veya var diyenlerin oranları sırasıyla %24,3 ile %42,9 ve %57,1 ile %75,7 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %45,1 ile %58,8 ve %41,2 ile %54,9 arasında değişmiştir.

Hastalıklar bazında daha yakından incelendiğinde konjonktivit ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler Grup 1'de mezuniyette %78,6 ve şu anda %75,7, Grup 2'de sırasıyla %73,9 ve %68,4, Grup 3'te %53,5 ve %45,2'dir. Konjonktivit için hem mezuniyette (p=0,0001) hem de

şu anda (p=0,0002) ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranları Grup 3'te Grup 1 ve Grup 2'ye göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır.

Otitis eksterna için oranlar mezuniyette ve şu anda sırasıyla birinci grupta %60,0 ve %57,1, ikinci grupta %68,9 ve %62,2, üçüncü grupta %58,0 ve %49,3'dür. Otitis media için birinci grupta %62,2 ve %59,5, ikinci grupta %58,7 ve %52,5, üçüncü grupta %48,9 ve %41,2'dir. Otitis media için hem mezuniyette hem de şu anda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranları Grup 3'te Grup 1 ve Grup 2'ye göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (p<0,0001). Benign paroksismal pozisyonel vertigo için Grup 1'de %74,4 ve %71,8, Grup 2'de %75,0 ve %71,1, Grup 3'te %61,9 ve %54,9'dur. Yenidoğan konjonktiviti içinse Grup 1'de %69,0 ve %65,8, Grup 2'de %63,8 ve %57,5, Grup 3'te %54,4 ve %48,1'dir. Tüm hastalıklarda mezuniyetteki ve şu andaki oranlar arasında anlamlı fark çıkmamıştır (p>0,05). Gruplar arası karşılaştırmalarda da konjonktivit ve otitis media hariç diğer hastalıklarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

İkinci olarak, duyu sistemleri hastalıkların ilaç dışı tedavisi var diyen öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar analiz edilmiştir (Tablo 13b).

Tablo 13b. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Konjonktivit												
Mezuniyet	21,2	57,6	21,2	29,4	47,1	23,5	28,3	37,0	34,8	0,982	0,945	0,866
Şu an	11,4	48,6	40,0	3,1	40,6	56,2	1,8	41,8	56,4	0,187	0,106	0,994
P değeri	**0,049**			**0,0002**			**0,0003**					
Otitis eksterna												
Mezuniyet	11,1	66,7	22,2	16,1	58,1	25,8	21,6	54,9	23,5	0,907	0,541	0,783
Şu an	7,1	32,1	60,7	3,3	50,0	46,7	5,5	38,2	56,4	0,851	0,990	0,878
P değeri	**0,004**			**0,007**			**0,0002**					
Otitis media												
Mezuniyet	3,6	71,4	25,0	11,1	63,0	25,9	28,9	44,4	26,7	0,488	0,007	0,561
Şu an	3,4	37,9	58,6	7,4	44,4	48,1	6,1	34,7	59,2	0,684	0,831	0,498
P değeri	**< 0,0001**			**0,005**			**< 0,0001**					

Tablo 13b. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Benign paroksismal pozisyonel vertigo												
Mezuniyet	15,6	62,5	21,9	39,4	42,4	18,2	44,2	34,6	21,2	0,366	0,163	0,928
Şu an	8,8	55,9	35,3	20,0	37,1	42,9	30,2	33,3	36,5	0,999	0,625	0,611
P değeri	0,088			**0,002**			**0,004**					
Yenidoğanda konjonktivit												
Mezuniyet	34,5	55,2	10,3	43,3	40,0	16,7	35,4	50,0	14,6	0,890	0,994	0,910
Şu an	31,2	43,8	25,0	35,7	46,4	17,9	17,5	40,4	42,1	0,983	0,123	0,088
P değeri	0,228			0,144			**0,0002**					

Tablo 13b incelendiğinde duyu sistemi hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %10,3 ile %34,8 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %17,9 ile %60,7 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %36,5 ile %59,2 değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, konjonktivitin ilaç dışı tedavisinde yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyette %21,2, şu anda %40,0 bulunmuştur (p=0,049). Mezuniyette ve şu anda bu oranlar sırasıyla Grup 2'de %23,5 ve %56,2 (p=0,0002), Grup 3'te %34,8 ve %56,4 (p=0,0003) hesaplanmıştır. Otitis eksternanın ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, 2 ve 3'de sırasıyla şu şekilde bulunmuştur; %22,2 ve %60,7 (p=0,004), %25,8 ve %46,7 (p=0,007), %23,6 ve %56,4 (p=0,0002). Otitis medianın ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette birinci grupta %25,0'den şu anda %58,6'ya azalmıştır (p<0,0001). Grup 2'de mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı %25,9 iken şu anda yeterli hisseden oranı %48,1 olmuştur (p=0,005). Grup 3'de ise mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı %14,1 iken şu anda yeterli hisseden bulunmamış, kısmen yeterli hissedenlerin oranının %26,7'den %59,2'ye yükseldiği belirlenmiştir (p<0,0001). Benign paroksismal pozisyonel vertigonun ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, 2 ve 3'de sırasıyla şu şekilde bulunmuştur; %21,9 ve %35,3 (p=0,088), %18,2 ve %42,9 (p=0,002), %21,2 ve %36,5 (p= 0,004). Yenidoğanda konjonktivitin ilaç dışı tedavisini planlamada ise birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %10,3, şu anda %25,0'e çıkmıştır (p=0,228). Grup 2'de

yeterli hissetme oranı mezuniyette %16,7'den şu anda %17,9'a (p<0,144); Grup 3'te ise %14,6'dan %42,1'e (p=0,0002) yükselmiştir.

Solunum sistemi hastalıkları

Tablo 14'de uzmanlık öğrencilerin solunum sistemi hastalıklarına ilişkin ilaç dışı tedavilerle ilgili görüşleri, ilaç dışı tedavisi var veya yok diyen öğrencilerin dağılımları (Tablo 14a) ve var diyen öğrencilerin ilaç dışı tedavisi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar (Tablo 14b) şeklinde iki tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 14a. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		**Grup 2**		**Grup 3**		**P değeri**		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akciğer tüberkülozu									
Mezuniyet	54,5	45,5	45,7	54,3	34,7	65,3	**<0,0001**	**<0,0001**	0,968
Şu an	52,4	47,6	40,5	59,5	27,1	72,9	**<0,0001**	**<0,0001**	0,953
P değeri	0,977		0,901		0,800				
Astım									
Mezuniyet	66,7	33,3	76,1	23,9	62,0	38,0	0,985	0,992	0,951
Şu an	65,9	34,1	71,1	28,9	56,5	43,5	0,993	0,985	0,956
P değeri	0,992		0,954		0,930				
Alerjik rinit									
Mezuniyet	71,4	28,6	80,5	19,5	71,8	28,2	0,986	0,999	0,981
Şu an	70,0	30,0	77,8	22,2	66,7	33,3	0,988	0,999	0,979
P değeri	0,987		0,976		0,940				
Boğmaca									
Mezuniyet	51,1	48,9	50,0	50,0	40,2	59,8	0,998	**<0,0001**	**<0,0001**
Şu an	50,0	50,0	43,9	56,1	32,9	67,1	0,994	**<0,0001**	**<0,0001**
P değeri	0,987		0,929		0,810				
Pnömoniler									
Mezuniyet	63,6	36,4	58,7	41,3	50,0	50,0	**0,011**	**<0,0001**	0,785
Şu an	61,0	39,0	51,3	48,7	41,8	58,2	**0,010**	**<0,0001**	0,791
P değeri	0,958		0,805		0,698				

Tablo 14a. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları									
Mezuniyet	85,4	14,6	83,0	17,0	76,2	23,8	0,998	0,975	0,987
Şu an	83,3	16,7	78,4	21,6	69,4	30,6	0,997	0,970	0,987
P değeri	0,980		0,957		0,920				
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı									
Mezuniyet	72,7	27,3	66,0	34,0	62,5	37,5	0,988	0,965	0,995
Şu an	71,4	28,6	61,0	39,0	54,8	45,2	0,983	0,950	0,993
P değeri	0,988		0,953		0,898				

Tablo 14a'da incelendiğinde mezuniyet anında solunum sistemi hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavisi genel olarak incelendiğinde yok diyenlerin oranı %14,6 ile %65,3 arasında, var diyenlerin oranı ise %34,7 ile %85,4 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) yok veya var diyenlerin oranları sırasıyla %16,7 ile %59,5 ve %40,5 ile %83,3 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %30,6 ile %72,9 ve %27,1 ile %69,4 arasında değişmiştir.

Hastalıklar bazında daha yakından incelendiğinde akciğer tüberkülozunun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla birinci grupta %54,5 ve %52,4, ikinci grupta %45,7 ve %40,5, üçüncü grupta ise %34,7 ve %27,1 çıkmış ve oranlar arası farklar anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arasında mezuniyette ve şu anda ise Grup 2'de ve Grup 3'te ilaç dışı tedavisi olduğunu düşünenlerin oranı Grup 1'e göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,0001$). Astımın ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %66,7 ve şu anda %65,9, ikinci grupta mezuniyette %76,1 ve şu anda %71,1, üçüncü grupta mezuniyette %62,0 ve şu anda %56,5 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Alerjik rinitin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %71,4 ve şu anda %70,0, ikinci grupta mezuniyette %80,5 ve şu anda %77,8, üçüncü grupta mezuniyette %71,8 ve şu anda %66,7 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Boğmacanın ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler ise mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %51,1 ve %50,0, Grup 2'de %50,0 ve %43,9, Grup 3'te %40,2 ve %32,9 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda ise mezuniyette ve şu anda Grup 3'te ilaç dışı

tedavisi olduğunu düşünenlerin oranı Grup 1'e ve Grup 2'ye göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<0,0001). Pnömoninin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %63,6 ve %61,0, Grup 2'de %58,7 ve %51,3, Grup 3'te %50,0 ve %41,8'dir. Her bir grupta mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavisinin var olduğunu düşünenlerin oranı anlamlı olarak değişmemiştir. Gruplar arasında ise mezuniyette ve şu anda Grup 2'de ve Grup 3'te var olduğunu düşünenlerin oranı Grup 1'e göre anlamlı olarak azalmıştır (p<0,0001). Üst solunum yolu enfeksiyonlarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %85,4 ve %83,3, Grup 2'de %83,0 ve %78,4, Grup 3'te %76,2 ve %69,4 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Son olarak, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %72,7 ve şu anda %71,4, ikinci grupta mezuniyette %66,0 ve şu anda %61,0, üçüncü grupta ise mezuniyette %62,5 ve şu anda %54,8 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

İkinci aşamada solunum sistemi hastalıkların ilaç dışı tedavisi var diyen öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar analiz edilmiştir (Tablo 14b).

Tablo 14b. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akciğer tüberkülozu												
Mezuniyet	29,2	54,2	16,7	47,6	47,6	4,8	42,4	33,3	24,2	0,267	0,915	0,406
Şu an	18,5	63,0	18,5	26,1	56,5	17,4	22,9	54,3	22,9	0,875	0,998	0,834
P değeri	0,381			**0,043**			0,142					
Astım												
Mezuniyet	21,4	64,3	14,3	22,9	62,9	14,3	36,7	38,8	24,5	0,989	0,880	0,783
Şu an	12,1	51,5	36,4	9,1	36,4	54,5	7,4	38,2	54,4	0,254	0,160	0,999
P değeri	**0,021**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Alerjik rinit												
Mezuniyet	13,3	56,7	30,0	21,2	45,5	33,3	26,8	44,6	28,6	0,941	0,503	0,724
Şu an	5,9	44,1	50,0	7,7	38,5	53,8	6,8	28,4	64,9	0,891	0,376	0,645
P değeri	**0,033**			**0,004**			**< 0,0001**					

Tablo 14b. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Boğmaca												
Mezuniyet	43,5	56,5	0	60,9	39,1	0	54,1	35,1	10,8	0,803	< **0,0001**	0,910
Şu an	38,5	42,3	19,2	33,3	45,8	20,8	46,5	37,2	16,3	0,697	< **0,0001**	0,418
P değeri	< **0,0001**			**0,003**			< **0,0001**					
Pnömoniler												
Mezuniyet	21,4	67,9	10,7	25,9	48,1	25,9	37,0	45,7	17,4	0,806	0,916	0,532
Şu an	13,3	56,7	30,0	3,8	46,2	50,0	4,1	30,6	65,3	0,139	0,009	0,627
P değeri	0,058			**0,004**			< **0,0001**					
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları												
Mezuniyet	14,3	48,6	37,1	10,3	48,7	41,0	16,4	37,7	45,9	0,939	0,950	0,998
Şu an	7,9	26,3	65,8	0	23,5	76,5	1,4	16,9	81,7	0,411	0,118	0,871
P değeri	**0,009**			**0,001**			< **0,0001**					
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı												
Mezuniyet	28,1	50,0	21,9	35,5	51,6	12,9	30,9	56,4	12,7	0,428	0,741	0,799
Şu an	28,6	37,1	34,3	0	53,3	46,7	5,0	50,0	45,0	0,948	0,469	0,900
P değeri	< **0,0001**			**0,003**			< **0,0001**					

Tablo 14b incelendiğinde solunum sistemi hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %0,0 ile %45,9 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %17,4 ile - %76,5 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %16,3 ile %81,7 arasında değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, akciğer tüberkülozunun ilaç-dışı tedavi planında Grup 1'de yeterli hissetme oranı mezuniyette %16,7 ve şu anda %18,5'dir (p=0,381). Grup 2'de yeterli hissetme oranı mezuniyette %4,8'den %17,4'e anlamlı olarak yükselmiştir (p=0,043). Grup 3'te ise yeterli hissetme oranı mezuniyette %24,2 ve şu anda %22,9 olarak hesaplanmıştır (p=0,142). Astımın ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta yeterli hissetme oranı %14,3'den %36,4'e (p=0,021) ve ikinci grupta %14,3'den %54,5'e yükselmiştir (p=0,0002), üçüncü grupta ise %24,5'den %54,4'e (p< 0,0001) artış göstermiştir. Alerjik rinitin ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette %30,0 olan yeterli hissetme oranı şu anda

%50,0'ye (p=0,033), ikinci grupta %33,3'den %53,8'e (p=0,004) ve üçüncü grupta %28,6'dan %64,9'a (p<0,0001) yükselmiştir. Boğmacanın ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette yeterli hisseden bulunmazken, şu anda %19,2'si yeterli hissetmektedir (p<0,0001). Grup 2'de de mezuniyette yeterli hisseden bulunmazken, şu anda %20,8'i yeterli hissetmektedir (p=0,003). Grup 3'te mezuniyette %10,8 olan oran %16,3'e yükselmiştir (p<0,0001). Pnömonilerin ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette %10,7 olan yeterli hissetme oranı şu anda %30,0 olarak belirlenmiştir (p=0,058). İkinci grupta %25,9'dan %50,0'ye (p=0,004) ve üçüncü grupta %17,4'den %65,3'e (p<0,0001) yükselmiştir. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının ilaç dışı tedavisini planlamada mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2, ve 3. grupta sırasıyla, %37,1'den %65,8'e (p=0,009), %41,0'den %76,5'e (p=0,001) ve %45,9'dan %81,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Son olarak kronik obstrüktif akciğer hastalığının ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissetme oranı mezuniyete göre şu anda Grup 1'de %21,9'dan %34,3'e (p<0,000), Grup 2'de %12,9'dan %46,7'ye (p=0,003) ve Grup 3'te %12,7'den %45,0'e (p<0,0001) yükselmiştir.

Deri yumuşak doku sistem hastalıkları

Deri yumuşak doku sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavileri ile ilgili görüşlerinin dağılımı var olup olmamasına göre Tablo 15a'da gösterilmiş ve var diyen öğrencilerin ilaç dışı tedavisi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar ise Tablo 15b'de sunulmuştur.

Tablo 15a. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akne vulgaris/rozasea									
Mezuniyet	70,7	29,3	68,3	31,7	73,3	26,7	0,999	0,999	0,994
Şu an	69,2	30,8	64,9	35,1	70,1	29,9	0,998	0,999	0,994
P değeri	0,986		0,970		0,962				
Bası yaraları									
Mezuniyet	77,3	22,7	79,1	20,9	71,1	28,9	0,999	0,989	0,983
Şu an	74,4	25,6	75,7	24,3	66,2	33,8	0,999	0,987	0,982
P değeri	0,968		0,963		0,931				
Derinin paraziter hastalıkları									
Mezuniyet	67,4	32,6	68,2	31,8	58,4	41,6	0,999	0,971	0,971
Şu an	65,0	35,0	62,2	37,8	50,7	49,3	0,999	0,959	0,970
P değeri	0,977		0,945		0,891				
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler									
Mezuniyet	67,4	32,6	65,9	34,1	59,3	40,7	0,999	0,976	0,986
Şu an	65,9	34,1	60,5	39,5	52,2	47,8	0,997	0,964	0,985
P değeri	0,985		0,950		0,906				
Dermatit (atopik, kontakt, seboreik, bebek bezi)									
Mezuniyet	71,4	28,6	76,2	23,8	70,1	29,9	0,997	0,999	0,991
Şu an	70,0	30,0	72,2	27,8	65,2	34,8	0,999	0,997	0,991
P değeri	0,987		0,965		0,942				
Yanıklar									
Mezuniyet	83,3	16,7	76,6	23,4	68,2	31,8	0,988	0,941	0,979
Şu an	80,6	19,4	70,3	29,7	59,4	40,6	0,986	0,934	0,979
P değeri	0,974		0,943		0,892				

Tablo 15a'da incelendiğinde mezuniyet anında deri ve yumuşak doku sistem hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavisi genel olarak incelendiğinde yok diyenlerin oranı %16,7 ile %41,6 arasında, var diyenlerin oranı ise %34,7 ile %83,3 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) yok veya var

diyenlerin oranları sırasıyla %19,4 ile %39,5 ve %60,5 ile %80,6 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %29,9 ile %49,3 ve %50,7 ile %70,1 arasında değişmiştir.

Hastalıklar bazında daha yakından incelendiğinde akne vulgaris/rozaseanın ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %70,7 ve şu anda %69,2, ikinci grupta mezuniyette %68,3 ve şu anda %64,9, üçüncü grupta mezuniyette %73,3 ve şu anda %70,1 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$). Bası yaralarında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %77,3 ve şu anda %74,4, ikinci grupta mezuniyette %79,1 ve şu anda %75,7, üçüncü grupta mezuniyette %71,1 ve şu anda %66,2 olarak hesaplanmış, tüm gruplarda mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavisinin var olduğunu düşünenlerin oranında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik bulunmamıştır. Gruplar arasında karşılaştırmalarda da mezuniyette ve şu anda farklar anlamlı çıkmamıştır. Derinin paraziter hastalıklarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %67,4 ve şu anda %65,0, ikinci grupta mezuniyette %68,2 ve şu anda %62,2, üçüncü grupta mezuniyette %58,4 ve şu anda %50,7 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %67,4 ve şu anda %65,9, ikinci grupta mezuniyette %65,9 ve şu anda %60,5, üçüncü grupta mezuniyette %59,3 ve şu anda %52,2 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Dermatit (atopik, kontakt, seboreik, bebek bezi) tedavi planlamasında ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %71,4 ve %70,0, Grup 2'de %76,2 ve %72,2, Grup 3'te %70,1 ve %65,2 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Yanık tedavisinin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler ise mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %83,3 ve %80,6, Grup 2'de %76,6 ve %70,3, Grup 3'te %68,2 ve %59,4 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

İkinci aşamada deri yumuşak doku sistem hastalıklarında ilaç dışı tedavi var diyen uzmanlık öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 15b'de sunulmuştur.

Tablo 15b. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

İlaç dışı	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Akne vulgaris/rozasea												
Mezuniyet	13,8	69,0	17,2	39,3	39,3	21,4	30,9	49,1	20,0	0,668	0,639	0,995
Şu an	11,8	58,8	29,4	2,9	57,1	40,0	7,5	41,2	51,2	0,361	0,102	0,979
P değeri	0,170			**0,0005**			**< 0,0001**					
Bası yaraları												
Mezuniyet	29,4	58,8	11,8	29,4	52,9	17,6	44,4	38,9	16,7	0,906	0,799	0,518
Şu an	14,7	47,1	38,2	8,1	40,5	51,4	9,3	48,0	42,7	0,398	0,644	0,809
P değeri	**0,005**			**0,0003**			**< 0,0001**					
Derinin paraziter hastalıkları												
Mezuniyet	34,5	48,3	17,2	50,0	36,7	13,3	44,2	42,3	13,5	**< 0,0001**	0,747	0,852
Şu an	25,0	43,8	31,2	16,1	45,2	38,7	22,8	36,8	40,4	0,482	0,400	0,996
P değeri	**0,023**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler												
Mezuniyet	20,7	55,2	24,1	24,1	51,7	24,1	22,9	45,8	31,2	0,988	0,991	0,954
Şu an	12,1	42,4	45,5	0	32,3	67,7	6,3	41,3	52,4	0,070	0,479	0,281
P değeri	**0,034**			**0,0001**			**0,001**					
Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi)												
Mezuniyet	23,3	66,7	10,0	28,1	43,8	28,1	35,2	42,6	22,2	0,766	0,992	0,641
Şu an	11,4	42,9	45,7	2,8	36,1	61,1	9,5	35,1	55,4	0,178	0,476	0,592
P değeri	**0,002**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Yanıklar												
Mezuniyet	25,7	60,0	14,3	22,2	47,2	30,6	31,7	48,3	20,0	0,511	0,999	0,454
Şu an	22,2	41,7	36,1	9,7	38,7	51,6	13,1	39,3	47,5	0,141	0,294	0,744
P değeri	0,069			**0,010**			**0,0002**					

Tablo 15b incelendiğinde deri ve yumuşak doku sistem hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %10,0 ile %30,6 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %29,4 ile - %67,7 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %40,4 ile %55,4 arasında değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, akne vulgaris/rozaseanın ilaç dışı tedavi planında birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %17,2, şu anda %29,4'dür (p=0,170). Grup 2'de bu oran %21,4'den %40,0'a (p=0,0005), Grup 3'te ise %20,0'den %51,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Bası yaralarının ilaç dışı tedavisini planlamada mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %11,8'den ve %38,2'ye (p=0,005), %17,6'dan %51,4'e (p=0,0003) ve %16,7'den %42,7'ye artış (p<0,0001). Derinin paraziter hastalıklarının ilaç dışı tedavisini planlamada mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranlarında birinci grupta %17,2'den %31,2'ye (p=0,023), ikinci grupta %13,3'den %38,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %13,5'den %40,4'e (p<0,0001) anlamlı şekilde yükselme olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında karşılaştırmalarda oranlar arasında şu anda anlamlı farklılık bulunmamakla mezuniyette yeterli hissetme oranında Grup 1 ile Grup 2 arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0,0001). Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abselerin ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %24,1'den şu anda %45,5'e yükselmiş (p=0,034), Grup 2'de bu oran %24,1'den %67,7'ye (p=0,0001), Grup 3'de de %31,2'den %52,4'e çıkmıştır (p=0,001). Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi) ilaç dışı tedavisini planlamada mezuniyette ve şu andaki yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde anlamlı olarak artmıştır; %10,0'dan %45,7'ye (p=0,002), %28,1'den %61,1'e (p=0,0002) ve %22,2'den %55,4'e artış (p<0,0001). Son olarak yanığın ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissetme oranları Grup 1'de mezuniyette %14,3 iken şu anda %36,1'dir (p=0,069), Grup 2'de %30,6 iken %51,6 (p=0,010), Grup 3'de de %20,0 iken %47,5 olmuştur (p=0,0002).

Dolaşım, Endokrin, Hematopoetik sistem hastalıkları

Dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavileri ile ilgili görüşlerinin dağılımı var olup olmamasına göre Tablo 16a'da ve var diyen öğrencilerin ilaç dışı tedavi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar ise Tablo 16b'de sunulmuştur.

Tablo 16a. Uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		**Grup 2**		**Grup 3**		**P değeri**		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Esansiyel hipertansiyon									
Mezuniyet	76,2	23,8	79,1	20,9	81,7	18,7	0,999	0,995	0,999
Şu an	75,0	25,0	75,0	25,0	77,8	22,2	0,999	0,997	0,999
P değeri	0,989		0,964		0,958				
Hipotiroidizm									
Mezuniyet	62,2	37,8	52,1	47,9	46,7	53,3	0,966	**<0,0001**	**<0,0001**
Şu an	60,5	39,5	45,2	54,8	39,2	60,8	0,953	**<0,0001**	**<0,0001**
P değeri	0,982		0,921		0,804				
Guatr									
Mezuniyet	62,8	37,2	63,8	36,2	58,9	41,1	0,999	0,992	0,992
Şu an	60,0	40,0	55,3	44,7	50,7	49,3	0,998	0,984	0,994
P değeri	0,973		0,918		0,885				
Konjenital hipotiroidizm									
Mezuniyet	57,8	42,2	52,1	47,9	42,1	57,9	**0,004**	**<0,0001**	0,709
Şu an	55,8	44,2	45,2	54,8	33,7	66,3	**0,004**	**<0,0001**	0,696
P değeri	0,966		0,815		0,660				
Demir eksikliği anemisi									
Mezuniyet	85,4	14,6	86,0	14,0	79,2	20,8	0,999	0,988	0,989
Şu an	85,0	15,0	81,8	18,2	76,2	23,8	0,999	0,986	0,993
P değeri	0,996		0,961		0,966				

Tablo 16a'da incelendiğinde mezuniyet anında dolaşım, endokrin, hematopoetik sistem hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavisi genel olarak incelendiğinde yok diyenlerin oranı %14,0 ile %57,9 arasında, var diyenlerin oranı ise %42,1 ile %86,0 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) yok veya var diyenlerin oranları sırasıyla %15,0 ile %54,8 ve %45,2 ile %85,0 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %22,2 ile %66,3 ve %33,7 ile %77,8 arasında değişmiştir.

Hastalıklar bazında daha yakından incelendiğinde, esansiyel hipertansiyon tedavi planlamasında ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %76,2, şu anda %75,0, ikinci grupta mezuniyette %79,1, şu anda %75,0 ve üçüncü grupta mezuniyette

%81,7, şu anda %77,8 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (p>0,05). Hipotiroidizm tedavi planlamasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %62,2, şu anda %60,5, ikinci grupta %52,1, şu anda %45,2 ve üçüncü grupta mezuniyette %46,7, şu anda %39,2 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Gruplar arasında karşılaştırmada ise mezuniyette ve şu anda Grup 3'te ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranı Grup 1'e göre, Grup 3'te olduğunu düşünenlerin oranı ise Grup 2'ye göre anlamlı olarak azalmıştır (p<0,0001). Guatrın ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %62,8, şu anda %60,0, ikinci grupta mezuniyette %63,8, şu anda %55,3 ve üçüncü grupta mezuniyette %58,9, şu anda %50,7 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Konjenital hipotiroidizm ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %57,8, şu anda %55,8, ikinci grupta mezuniyette %52,1, şu anda %45,2 ve üçüncü grupta mezuniyette %42,1, şu anda %33,7'dir. Her bir grupta mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranında anlamlı farklılık olmamıştır (p>0,05). Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, mezuniyette ve şu anda Grup 2'de olduğunu düşünenlerin oranı Grup 1'e göre (p=0,004), Grup 3'te olduğunu düşünenlerin oranı Grup 1'e göre anlamlı olarak azalmıştır (p<0,0001). Demir eksikliği anemisinin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %85,4 ve %85,0, Grup 2'de %86,0 ve %81,8, Grup 3'te %79,2 ve %76,2 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Sonraki aşamada dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 16b'de sunulmuştur.

Tablo 16b. Uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Esansiyel hipertansiyon												
Mezuniyet	15,6	50,0	34,4	26,5	47,1	26,5	27,9	49,2	23,0	0,685	0,367	0,902
Şu an	8,1	29,7	62,2	2,8	30,6	66,7	3,7	29,3	67,1	0,788	0,712	0,999
P değeri	**0,004**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Hipotiroidizm												
Mezuniyet	35,7	46,4	17,9	32,0	44,0	24,0	35,7	40,5	23,8	0,751	0,976	0,826
Şu an	26,7	36,7	36,7	4,3	47,8	47,8	6,1	30,6	63,3	0,159	**0,014**	0,650
P değeri	0,068			**0,005**			**< 0,0001**					
Guatr												
Mezuniyet	18,5	74,1	7,4	30,0	50,0	20,0	28,3	58,5	13,2	0,999	0,991	0,994
Şu an	13,3	50,0	36,7	7,7	50,0	42,3	7,1	35,7	57,1	0,748	0,122	0,502
P değeri	**0,019**			**0,004**			**< 0,0001**					
Konjenital hipotiroidizm												
Mezuniyet	26,9	61,5	11,5	56,0	32,0	12,0	42,5	45,0	12,5	0,360	0,626	0,780
Şu an	17,9	53,6	28,6	34,8	39,1	26,1	24,4	58,5	17,1	0,835	0,951	0,937
P değeri	0,067			**0,020**			**0,014**					
Demir eksikliği anemisi												
Mezuniyet	11,4	54,3	34,3	27,0	35,1	37,8	28,1	36,8	35,1	0,860	0,697	0,970
Şu an	7,1	35,7	57,1	0	33,3	66,7	2,4	14,3	83,3	0,388	**0,013**	0,221
P değeri	**0,018**			**0,0008**			**< 0,0001**					

Tablo 16b incelendiğinde dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %7,4 ile %37,8 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %26,1 - %66,7 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %17,1 ile %83,3 arasında değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, esansiyel hipertansiyonun ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %34,4, şu anda ise %62,2 olup anlamlı olarak artmıştır (p=0,004). Grup 2'de mezuniyette yeterli hissetme oranı %26,5, şu anda %66,7 olup

anlamlı olarak artmıştır (p<0,0001). Grup 3'te yeterli hissetme oranı anlamlı olarak artarak %23,0'den %67,1'e çıkmıştır (p<0,0001). Hipotiroidizmin ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissetme oranları birinci grupta mezuniyette %17,9, şu anda %36,7 olmuştur (p=0,068). Grup 2 ve 3'te mezuniyette ve şu anda sırasıyla şu şekilde artmıştır; %24,0'den %47,8'e (p=0,005) ve %23,8'den %63,3'e (p<0,0001). Gruplar arası karşılaştırmalarda mezuniyet anında yeterli olma oranlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Şu anda ise Grup 3'teki oranın Grup 1'e göre anlamlı olarak fazla olduğu görülmüştür (p=0,014). Guatrın ilaç dışı tedavi planlamasında birinci grupta mezuniyette %7,4 olan yeterli hissetme oranı şu anda %36,7 (p=0,019), ikinci grupta mezuniyette %20,0 olan oran şu anda %42,3'e (p=0,004) ve üçüncü grupta da %13,2 olan oran şu an da %57,1'e anlamlı olarak artış göstermiştir (p<0,0001). Konjenital hipotiroidizmin ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette %11,5 olan yeterli hissetme oranı şu anda %28,6 olmuştur (p=0,067). İkinci grupta bu oran %12,0'den %26,1'e (p=0,020) ve üçüncü grupta da %12,5'den %17,1'e (p=0,014) yükselmiştir. Son olarak demir eksikliği anemisinin ilaç dışı tedavisinde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %34,3'den %57,1'e (p=0,018), %37,8'den %66,7'ye (p=0,0008) ve %35,1'den %83,3'e (p<0,0001) artış. Gruplar arası karşılaştırmalarda mezuniyette gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamış; ancak şu anda üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p=0,013).

Gastrointestinal sistem hastalıkları

Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavileri ile ilgili görüşlerinin dağılımı var olduğunu düşünüp düşünmemelerine göre Tablo 17a'da ve var olduğunu düşünün öğrencilerin ilaç dışı tedavi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar ise Tablo 17b'de sunulmuştur.

Tablo 17a. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Peptik hastalıklar (ülser, gastrit)									
Mezuniyet	85,4	14,6	77,8	22,2	71,4	28,6	0,986	0,950	0,988
Şu an	83,3	16,7	73,0	27,0	63,6	36,4	0,983	0,937	0,984
P değeri	0,976		0,947		0,888				
Gastro-özefageal reflü									
Mezuniyet	90,0	10,0	88,4	11,6	83,5	16,5	0,999	0,986	0,992
Şu an	89,5	10,5	85,7	14,3	79,0	21,0	0,997	0,978	0,991
P değeri	0,993		0,967		0,933				
Gastroenteritler									
Mezuniyet	82,9	17,1	84,1	15,9	84,4	15,6	0,999	0,999	0,999
Şu an	81,1	18,9	80,6	19,4	80,6	19,4	0,999	0,999	0,999
P değeri	0,982		0,967		0,954				
Gastrointestinal sistem parazitozları									
Mezuniyet	68,2	31,8	68,2	31,8	56,8	43,2	0,312	0,014	0,712
Şu an	65,9	34,1	60,0	40,0	47,2	52,8	0,245	0,011	0,719
P değeri	0,960		0,764		0,665				
Moniliyazis									
Mezuniyet	63,6	36,4	71,7	28,3	60,0	40,0	0,987	0,994	0,959
Şu an	60,0	40,0	66,7	33,3	52,6	47,4	0,990	0,990	0,958
P değeri	0,965		0,953		0,898				
Çocukta fonksiyonel kabızlık									
Mezuniyet	86,0	14,0	90,9	9,1	79,2	20,8	0,994	0,987	0,966
Şu an	83,8	16,2	88,2	11,8	74,6	25,4	0,996	0,986	0,970
P değeri	0,978		0,971		0,948				
Stomatit									
Mezuniyet	70,7	29,3	69,6	30,4	57,7	42,3	0,999	0,948	0,955
Şu an	67,6	32,4	64,1	35,9	49,4	50,6	0,999	0,936	0,951
P değeri	0,972		0,950		0,877				
Hemoroid									
Mezuniyet	85,7	14,3	84,1	15,9	81,6	18,4	0,999	0,994	0,998
Şu an	84,2	15,8	80,6	19,4	77,0	23,0	0,998	0,992	0,998
P değeri	0,985		0967		0,947				
Anal fissür									
Mezuniyet	80,0	20,0	87,8	12,2	78,8	21,2	0,987	0,999	0,977
Şu an	77,8	22,2	85,3	14,7	73,0	27,0	0,990	0,997	0,974
P değeri	0,976		0,969		0,917				

Tablo 17a'da incelendiğinde mezuniyet anında gastrointestinal sistem hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavisi genel olarak incelendiğinde mezuniyet anında ilaç dışı tedavinin olmadığını düşünen uzmanlık öğrencilerinin oranı %9,1 ile %43,2 arasında, var olduğunu düşünenlerin oranı ise %56,8 ile %90,9 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) olmadığını veya olduğunu düşünenlerin oranları sırasıyla %10,5 ile %11,8 ve %60,0 ile %89,5 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %19,4 ile %52,8 ve %47,2 ile %80,6 arasında değişmiştir.

Tek tek hastalıklar bazında incelendiğinde, peptik hastalıklar (ülser, gastrit) tedavi planlamasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %85,4, şu anda %83,3, ikinci grupta mezuniyette %77,8, şu anda %73,0 ve üçüncü grupta mezuniyette %71,4, şu anda %63,6'dır. Her bir grupta mezuniyete göre, şu anda var olduğunu düşünenlerin oranında anlamlı değişiklik olmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda mezuniyette ve şu anda istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Gastro-özefageal reflü tedavi planlamasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %90,0, şu anda %89,5, ikinci grupta mezuniyette %88,4, şu anda %85,7 ve üçüncü grupta mezuniyette %83,5, şu anda %79,0'dur. Her bir grupta mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranında anlamlı değişiklik olmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda mezuniyette ve şu anda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Gastroenteritlerin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %82,9, şu anda %81,1, ikinci grupta mezuniyette %84,1, şu anda %80,6 ve üçüncü grupta mezuniyette %84,4, şu anda %80,6 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$). Gastrointestinal sistem parazitozlarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla birinci grupta %68,2 ve %65,9, ikinci grupta %68,2 ve %60,0, üçüncü grupta %56,8 ve %47,2'dir. Her bir grupta mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda farklılık bulunmamıştır. Moniliyazisin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %63,6, şu anda %60,0, ikinci grupta mezuniyette %71,7, şu anda %66,7 ve üçüncü grupta mezuniyette %60,0, şu anda %52,6 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Çocukta fonksiyonel kabızlığın tedavi planlamasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler mezuniyet anında ve şu anda sırasıyla birinci grupta %86,0 ve %83,8, ikinci grupta %90,9 ve %88,2, üçüncü grupta %79,2 ve %74,6 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Stomatit tedavi planlamasında ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 2'de %70,7 ve %67,6, Grup 2'de %69,6 ve %64,1, Grup 3'te %57,7 ve %49,4 olarak hesaplanmış; aradaki farklar

istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Hemoroid tedavi planlamasında ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %85,7, şu anda %84,2, ikinci grupta mezuniyette %84,1, şu anda %80,6 ve üçüncü grupta mezuniyette %81,6, şu anda %77,0 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Son olarak anal fissür tedavi planlamasında ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu an da sırasıyla birinci grupta %80,0 ve %77,8, ikinci grupta %87,8 ve %85,3, üçüncü grupta ise %78,8 ve %73,0'dür. Bu hastalık için mezuniyetteki ve şu andaki oranlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Gastrointestinal sistem hastalıklarında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 17b'de sunulmuştur.

Tablo 17b. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Peptik hastalıklar (ülser, gastrit)												
Mezuniyet	17,1	51,4	31,4	17,1	54,3	28,6	20,0	50,0	30,0	0,974	0,951	0,998
Şu an	5,3	47,4	47,4	0	32,4	67,6	0	31,8	68,2	0,140	0,078	0,999
P değeri	**0,028**			**0,0001**			**< 0,0001**					
Gastro-özefageal reflü												
Mezuniyet	11,1	50,0	38,9	18,4	42,1	39,5	19,7	34,8	45,5	0,828	0,946	0,940
Şu an	4,7	25,6	69,8	0	23,1	76,9	1,3	17,9	80,8	0,527	0,187	0,864
P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gastroenteritler												
Mezuniyet	11,8	50,0	38,2	16,2	56,8	27,0	23,1	50,8	26,2	0,626	0,213	0,767
Şu an	5,3	31,6	63,2	2,7	32,4	64,9	1,2	33,3	65,4	0,911	0,847	0,998
P değeri	**0,013**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Gastrointestinal sistem parazitozları												
Mezuniyet	26,7	53,3	20,0	36,7	50,0	13,3	36,0	42,0	22,0	0,770	0,951	0,886
Şu an	25,0	43,8	31,2	13,8	48,3	37,9	11,1	44,4	44,4	0,541	0,145	0,753
P değeri	0,282			**0,003**			**0,0002**					
Moniliyazis												
Mezuniyet	39,3	50,0	10,7	45,5	30,0	24,2	57,4	31,5	11,1	0,954	0,529	0,328
Şu an	27,6	37,9	34,5	31,2	34,4	34,4	32,8	29,3	37,9	0,986	0,970	0,998
P değeri	**0,028**			**0,045**			**0,0001**					

Tablo 17b. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri (devam)

Çocukta fonksiyonel kabızlık												
Mezuniyet	18,9	54,1	27,0	37,5	45,0	17,5	36,8	40,4	22,8	0,265	0,260	0,994
Şu an	10,8	51,4	37,8	5,3	50,0	44,7	8,8	33,8	57,5	0,751	0,184	0,604
P değeri	0,136			**0,0001**			**< 0,0001**					
Stomatit												
Mezuniyet	41,4	41,4	17,2	37,5	43,8	18,8	39,3	48,2	12,5	0,848	0,994	0,756
Şu an	39,4	33,3	27,3	16,1	54,8	29,0	15,7	43,1	41,2	0,270	0,058	0,550
P değeri	0,168			**0,014**			**0,004**					
Hemoroid												
Mezuniyet	22,2	47,2	30,6	27,0	43,2	29,7	25,8	50,0	24,2	0,999	0,795	0,795
Şu an	20,5	25,6	53,8	0	35,1	64,9	2,5	41,8	55,7	0,095	0,341	0,505
P değeri	**0,032**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Anal fissür												
Mezuniyet	31,2	46,9	21,9	27,8	50,0	22,2	38,1	39,7	22,2	0,971	0,791	0,614
Şu an	13,9	38,9	47,2	10,0	30,0	60,0	4,1	35,1	60,8	0,511	0,258	0,938
P değeri	**0,003**			**0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 17b'de gastrointestinal sistem hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları incelendiğinde, mezuniyet anında yeterli hissetme oranlarının %10,7 ile %45,5 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %27,3 ile %76,9 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %37,9 ile %80,8 arasında değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, Peptik hastalıklarını ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %31,4 olup şu anda %47,4'e yükselmiştir (p=0,028). İkinci grupta mezuniyette %28,6 olan yeterli hissetme oranı %67,6'ya (p=0,0001), üçüncü grupta mezuniyette %30,0 olan oran şu anda %68,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Gastro-özefageal reflunun ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %38,9'dan şu an da %69,8'e (p=0,002), ikinci grupta %39,5'den %76,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %45,5'den %80,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Gastroenteritlerin ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta %38,2 olan mezuniyette yeterli hissetme oranı şu anda %63,2'ye (p=0,013), ikinci grupta %27,0'den %64,9'a (p=0,0002) ve üçüncü grupta %26,2'den %65,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Gastrointestinal sistem parazitozların ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %20,0'den şu anda %31,2'ye yükselmiştir (p=0,282). Yine, mezuniyet anında şu ana ikinci grupta %13,3'den %37,9'a (p=0,003) ve üçüncü grupta %22,0'den %44,4'e (p=0,0002) yükselme olmuştur.

Moniliyazisin ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta yeterli hissetme oranı %10,7'den %34,5'e (p=0,028), ikinci grupta %24,2'den %34,4'e (p=0,045) ve üçüncü grupta %11,1'den %37,9'a artmıştır (p=0,0001). Çocukta fonksiyonel kabızlığın ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette %27,0 olan yeterli hissetme oranı şu anda %37,8 olarak belirlenmiştir (p=0,136). Yine, ikinci grupta %17,5'den %44,7'ye (p=0,0001) ve üçüncü grupta %22,8'den %57,5'e (p<0,0001) artış olmuştur. Stomatitin ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette %17,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %27,3 olarak belirlenmiştir (p=0,168). İkinci grupta %18,8'den %29,0'a (p=0,014), üçüncü grupta %12,5'den %41,2'ye yükselmiştir (p=0,004). Hemoroidin ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette %30,6 olan yeterli hissetme oranı şu anda %53,8'e (p=0,032), ikinci grupta %29,7'den %64,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %24,2'den %55,7'ye yükselmiştir (p<0,0001). Anal fissürün ilaç dışı tedavisinde mezuniyette yeterli hissetme oranı şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde artış göstermiştir; %21,9'dan %47,2'ye (p=0,003), %22,2'den %60,0'a (p=0,0001) ve %22,2'den %60,8'e (p<0,0001).

Kas iskelet sistem hastalıkları

Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarında ilaç dışı tedavilerin olduğunu düşünüp düşünmemelerine göre dağılımları Tablo 18a'da ve olduğunu düşünün uzmanlık öğrencilerin ilaç dışı tedavi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar ise Tablo 18b'de sunulmuştur.

Tablo 18a. Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Mekanik bel ağrısı									
Mezuniyet	92,5	7,5	76,1	23,9	79,5	20,5	0,944	0,953	0,997
Şu an	91,4	8,6	71,1	28,9	73,0	27,0	0,946	0,951	0,999
P değeri	0,987		0,956		0,923				
Osteoartrit									
Mezuniyet	78,6	21,4	67,4	32,6	65,1	34,9	0,972	0,951	0,998
Şu an	76,3	23,7	61,5	38,5	57,4	42,6	0,968	0,941	0,997
P değeri	0,979		0,946		0,904				
Tenosinovitler									
Mezuniyet	67,4	32,6	57,4	42,6	53,3	46,7	0,970	0,931	0,991
Şu an	65,0	35,0	52,4	47,6	44,7	55,3	0,970	0,911	0,985
P değeri	0,977		0,947		0,968				

Tablo 18a'da incelendiğinde mezuniyet anında kas iskelet sistemi hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavisi genel olarak incelendiğinde mezuniyet anında ilaç dışı tedavinin olmadığını düşünen uzmanlık öğrencilerinin oranı %7,5 ile %46,7 arasında, olduğunu düşünenlerin oranı ise %53,3 ile %92,5 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) olmadığını veya olduğunu düşünenlerin oranları sırasıyla %8,6 ile %47,6 ve %52,4 ile %91,4 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %27,0 ile %55,3 ve %44,7 ile %73,0 arasında değişmiştir.

Tek tek hastalıklar incelendiğinde, mekanik bel ağrısının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %92,5, şu anda %91,4, ikinci grupta mezuniyette %76,1, şu anda %71,1 ve üçüncü grupta mezuniyette %79,5, şu anda %73,0'dür. Osteoartritin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %78,6, şu anda %76,3, ikinci grupta mezuniyette %67,4, şu anda %61,5 ve üçüncü grupta mezuniyette %65,1, şu anda %57,4'dür. Tenosinovitlerin tedavi planlamasında ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla birinci grupta %67,4 ve %65,0, ikinci grupta %57,4 ve %52,4 ve üçüncü grupta %53,3 ve %44,7'dir. Bu gruptaki üç hastalık için mezuniyetteki ve şu andaki oranlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Kas iskelet sistemi hastalıklarında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarıyla ilgili bulgular Tablo 18b'de sunulmuştur.

Tablo 18b. Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Mekanik bel ağrısı												
Mezuniyet	16,2	59,5	24,3	20,0	45,7	34,3	21,2	54,5	24,2	0,897	0,887	0,620
Şu an	7,3	43,9	48,8	3,0	33,3	63,6	4,2	31,0	64,8	0,249	0,205	0,975
P değeri	**0,004**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Osteoartrit												
Mezuniyet	30,3	57,6	12,1	45,2	45,2	9,7	27,8	55,6	16,7	0,641	0,882	0,316
Şu an	16,7	50,0	33,3	13,3	53,3	33,3	9,4	46,9	43,8	0,937	0,334	0,584
P değeri	**0,004**			**0,0003**			**0,0001**					
Tenosinovitler												
Mezuniyet	37,9	51,7	10,3	48,1	44,4	7,4	52,1	41,7	6,2	0,897	0,540	0,845
Şu an	31,2	37,5	31,2	14,8	63,0	22,2	19,2	51,9	28,8	0,737	0,609	0,997
P değeri	**0,032**			**0,0009**			**< 0,0001**					

Tablo 18b kas iskelet sistemi hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları incelendiğinde, mezuniyet anında yeterli hissetme oranlarının %6,2 ile %34,3 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %22,2 ile %34,3 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %28,8 ile %64,8 arasında değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, mekanik bel ağrısının ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyetteki yeterli hissetme oranı %24,3'den şu anda %48,8'e yükselmiş (p=0,004), ikinci grupta %34,3'den %63,6'ya (p=0,0002) ve üçüncü grupta %24,2'den %64,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Osteoartritin ilaç dışı tedavisinde 1., 2. ve 3. gruplardaki mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekildedir; %12,1'den %33,3'e (p=0,004), %9,7'den %33,3'e (p=0,0003) ve %16,7'den %43,8'e (p=0,0001) artış. Tenosinovitlerin ilaç dışı tedavisinde ise mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2., ve 3. gruplarda sırasıyla şu şekilde artmıştır; %10,3'den %31,2'ye (p=0,032), %7,4'den %22,2'ye (p=0,0009) ve %6,2'den %28,8'e (p<0,0001).

Sinir sistemi, davranış hastalıkları

Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistem, davranış hastalıklarında ilaç dışı tedavilerinin olduğunu düşünüp düşünmemelerine göre dağılımları Tablo 19a'da ve olduğunu düşünün uzmanlık öğrencilerin ilaç dışı tedavi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar ise Tablo 19b'de sunulmuştur.

Tablo 19a. Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi, davranış hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Depresyon									
Mezuniyet	78,6	21,4	72,9	27,1	69,4	30,6	0,990	0,973	0,997
Şu an	77,5	22,5	64,9	35,1	61,8	38,2	0,981	0,961	0,998
P değeri	0,990		0,927		0,907				
Febril konvülsiyon									
Mezuniyet	66,7	33,3	60,9	39,1	52,7	47,3	0,989	0,932	0,978
Şu an	64,3	35,7	52,6	47,4	45,6	54,4	0,980	0,916	0,982
P değeri	0,977		0,919		0,888				
Gerilim tipi başağrısı									
Mezuniyet	79,5	20,5	72,3	27,7	68,6	31,4	0,986	0,965	0,996
Şu an	78,0	22,0	64,9	35,1	61,4	38,6	0,978	0,954	0,997
P değeri	0,986		0,933		0,911				

Tablo 19a'da incelendiğinde mezuniyet anında sinir sistemi, davranış hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavileri genel olarak incelendiğinde mezuniyet anında ilaç dışı tedavinin olmadığını düşünen uzmanlık öğrencilerinin oranı %20,5 ile %47,3 arasında, olduğunu düşünenlerin oranı ise %52,7 ile %79,5 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) olmadığını veya olduğunu düşünenlerin oranları sırasıyla %22,0 ile %47,4 ve %52,6 ile %78,0 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %38,2 ile %54,4 ve %45,6 ile %61,8 arasında değişmiştir.

Tek tek hastalıklar incelendiğinde, depresyonun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %78,6 ve şu anda %77,5, ikinci grupta mezuniyette %72,9 ve şu anda %64,9 ve üçüncü grupta mezuniyette %69,4 ve şu anda %61,8'dir. Febril konvülsiyonda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %66,7 ve şu anda %64,3, ikinci grupta mezuniyette %60,9 ve şu anda %52,6 ve üçüncü grupta mezuniyette %52,7 ve u anda %45,6'dır. Gerilim tipi başağrısında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranları mezuniyette ve şu anda sırasıyla birinci grupta %79,5 ve %78,0, ikinci grupta %72,3 ve %64,9 ve üçüncü grupta %68,6 ve %61,4'dür. Bu gruptaki üç hastalık için mezuniyetteki ve şu andaki oranlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Sinir sistemi, davranış hastalıklarında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünen öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarıyla ilgili bulgular Tablo 19b'de sunulmuştur.

Tablo 19b. Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi, davranış hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Depresyon												
Mezuniyet	27,3	57,6	15,2	31,4	45,7	22,9	33,9	45,8	20,3	0,963	0,978	0,876
Şu an	13,2	55,3	31,6	14,3	57,1	28,6	7,7	38,5	53,8	0,971	0,072	0,154
P değeri	**0,023**			**0,047**			**< 0,0001**					
Febril konvülsiyon												
Mezuniyet	20,0	60,0	20,0	39,3	42,9	17,9	37,5	45,8	16,7	0,472	0,440	0,994
Şu an	6,5	54,8	38,7	3,8	46,2	50,0	18,9	37,7	43,4	0,559	0,996	0,446
P değeri	**0,046**			**0,0003**			**0,0006**					
Gerilim tipi başağrısı												
Mezuniyet	17,1	57,1	25,7	35,3	44,1	20,6	30,5	54,2	15,3	0,469	0,212	0,939
Şu an	10,8	48,6	40,5	13,8	48,3	37,9	16,9	41,5	41,5	0,993	0,999	0,990
P değeri	0,09			**0,008**			**< 0,0001**					

Tablo 19b sinir sistemi, davranış hastalıklarında ilaç dışı tedavide uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları genel olarak incelendiğinde, mezuniyet anında yeterli hissetme oranlarının %15,2 ile %25,7 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %28,6 ile %50,0 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %41,5 ile %53,8 arasında değişmiştir.

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, depresyonun ilaç dışı tedavisinde yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyette %15,2'den şu anda %31,6'ya (p=0,023), Grup 2'de %22,9'dan %28,6'ya (p=0,047) ve Grup 3'de %20,3'den %53,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Febril konvülsiyonun ilaç dışı tedavisinde Grup 1'de mezuniyette yeterli hissetme oranı %20,0'den şu anda %38,7'ye (p=0,046), Grup 2'de %17,9'dan %50,0'ye (p=0,0003) ve Grup 3'te %16,7'den %43,4'e (p=0,0006) yükselmiştir. Gerilim tipi başağrısının ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %25,7 ve şu anda %40,5 olarak belirlenmiştir (p=0,09). Yeterli hissetme oranları mezuniyette ve şu anda Grup 2 ve 3'de sırasıyla şu şekilde artmıştır; %20,6'dan %37,9'a (p=0,008) ve %15,3'den %41,5'e (p<0,0001).

Ürogenital sistem hastalıkları

Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavilerinin olup olmadığını düşünmemelerine göre dağılımları Tablo 20a'da ve olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin ilaç dışı tedavi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar ise Tablo 20b'de sunulmuştur.

Tablo 20a. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri

	Grup 1		**Grup 2**		**Grup 3**		**P değeri**		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar									
Mezuniyet	65,9	34,1	69,8	30,2	56,2	43,8	0,997	0,967	0,946
Şu an	63,4	36,6	65,8	34,2	49,4	50,6	0,999	0,956	0,941
P değeri	0,976		0,964		0,901				
Genital enfeksiyonlar									
Mezuniyet	76,7	23,3	71,7	28,3	60,0	40,0	0,993	0,925	0,961
Şu an	74,4	25,6	64,9	35,1	52,1	47,9	0,988	0,913	0,965
P değeri	0,978		0,938		0,895				
Üriner sistem enfeksiyonları									
Mezuniyet	72,5	27,5	72,3	27,7	65,5	34,5	0,999	0,983	0,986
Şu an	71,1	28,9	65,8	34,2	57,7	42,3	0,998	0,972	0,987
P değeri	0,987		0,940		0,901				

Tablo 20a. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Hiperemezis gravidarum									
Mezuniyet	73,8	26,2	71,7	28,3	66,7	33,3	0,999	0,985	0,993
Şu an	71,1	28,9	66,7	33,3	60,9	39,1	0,998	0,982	0,993
P değeri	0,975		0,954		0,929				
Premenstrüel sendrom									
Mezuniyet	81,0	19,0	79,6	20,4	74,1	25,9	0,999	0,985	0,991
Şu an	78,8	21,1	73,7	26,3	67,2	32,8	0,997	0,979	0,992
P değeri	0,981		0,945		0,917				

Tablo 20a'da ürogenital sistem hastalıklarına yönelik ilaç dışı tedavi genel olarak incelendiğinde, mezuniyet anında ilaç dışı tedavinin olmadığını düşünen uzmanlık öğrencilerinin oranı %19,0 ile %43,8 arasında, olduğunu düşünenlerin oranı ise %56,2 ile %81,0 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) olmadığını veya olduğunu düşünenlerin oranları sırasıyla %21,1 ile %36,6 ve %63,4 ile %78,8 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %32,8 ile %50,6 ve %49,4 ile %67,2 arasında değişmiştir.

Tek tek hastalıklar açısından incelendiğinde, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavi planlamasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %65,9 ve şu anda %63,4, ikinci grupta mezuniyette %69,8 ve şu anda %65,8, üçüncü grupta mezuniyette %56,2 ve şu anda %49,4'dir. Genital enfeksiyonların ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %76,7 ve şu anda %74,4, ikinci grupta mezuniyette %71,7 ve şu anda %64,9, üçüncü grupta mezuniyette %60,0 ve şu anda %52,1'dir. Üriner sistem enfeksiyonlarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyet anında ve şu anda sırasıyla birinci grupta %72,5 ve %71,1, ikinci grupta %72,3 ve %65,8, üçüncü grupta %65,5 ve %57,7 olarak hesaplanmıştır. Hiperemezis gravidarumun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranı, mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %73,8 ve %71,1, Grup 2'de %71,7 ve %66,7, Grup 3'te %66,7 ve %60,9 olmuştur. Premenstrüel sendromun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler ise birinci grupta mezuniyette %81,0 ve şu anda %78,8, ikinci grupta mezuniyette %79,6 ve şu anda %73,7, üçüncü grupta mezuniyette %74,1 ve şu anda %67,2'dir.

Bu grupta yer alan tüm hastalıklar için mezuniyetteki ve şu andaki oranlar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$).

Ürogenital sistem hastalıklarında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar, analiz sonuçlarıyla birlikte Tablo 20b'de sunulmuştur.

Tablo 20b. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarının ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar												
Mezuniyet	27,6	55,2	17,2	36,7	43,3	20,0	26,0	52,0	22,0	0,998	0,782	0,742
Şu an	16,1	54,8	29,0	5,9	44,1	50,0	3,5	38,6	57,9	0,099	0,011	0,720
P değeri	0,079			**0,0001**			**< 0,0001**					
Genital enfeksiyonlar												
Mezuniyet	18,2	69,7	12,1	39,4	42,4	18,2	41,2	47,1	11,8	0,663	0,299	0,860
Şu an	11,4	60,0	28,6	3,3	53,3	43,3	5,0	46,7	48,3	0,250	0,093	0,962
P değeri	0,062			**0,0001**			**< 0,0001**					
Üriner sistem enfeksiyonları												
Mezuniyet	20,7	62,1	17,2	20,6	44,1	35,3	15,8	59,6	24,6	0,562	0,719	0,920
Şu an	8,3	47,2	44,4	3,3	40,0	56,7	1,6	30,6	67,7	0,383	0,037	0,612
P değeri	**0,009**			**0,007**			**< 0,0001**					
Hiperemezis gravidarum												
Mezuniyet	25,8	64,5	9,7	42,4	36,4	21,2	37,0	53,7	9,3	0,897	0,660	0,927
Şu an	20,6	61,8	17,6	18,8	46,9	34,4	15,9	47,8	36,2	0,214	0,139	0,993
P değeri	0,259			**0,002**			**< 0,0001**					
Premenstrüel sendrom												
Mezuniyet	29,4	37,8	35,1	28,2	53,8	17,9	38,1	44,4	17,5	0,991	0,795	0,693
Şu an	27,0	37,8	35,1	12,9	48,4	38,7	8,8	38,2	52,9	0,417	0,044	0,606
P değeri	0,107			**0,004**			**< 0,0001**					

Tablo 20b'de ürogenital sistem hastalıklarında uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları genel olarak incelendiğinde, mezuniyet anında yeterli hissetme oranlarının %9,3 ile %35,3 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %17,6 ile %56,7 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %36,2 ile %67,7 arasında değişmiştir.

Bu grupta yer alan hastalıklar incelendiğinde, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların ilaç dışı tedavisinde yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %17,2 ve şu anda %29,0 olarak belirlenmiştir (p=0,079). İkinci grupta mezuniyette %20,0'den %50,0'ye (p=0,0001) ve üçüncü grupta %22,0'den %57,9'a (p<0,0001) yükselmiştir. Genital enfeksiyonların ilaç dışı tedavisini planlamada yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %12,1 ve şu anda %28,6 olarak belirlenmiş (p=0,062), ikinci grupta %18,2'den %43,3'e (p=0,0001) ve üçüncü grupta %11,8'den %48,3'e (p<0,0001) yükselme olmuştur. Üriner sistem enfeksiyonlarının ilaç dışı tedavisinde yeterli hissetme oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, Grup 2 ve Grup 3'te sırasıyla şu şekilde artmıştır; %17,2'den %44,4'e (p=0,009), %35,3'den %56,7'ye (p=0,007) ve %24,6'dan %67,7'ye (p<0,0001). Hiperemezis gravidarumun ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %9,7 ve şu anda %17,6 (p=0,259) olarak belirlenmiştir. İkinci grupta mezuniyette %21,2'den şu anda %34,4'e (p=0,002) ve üçüncü grupta %9,3'den %36,2'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Son olarak, premenstrüel sendromun ilaç dışı tedavisinde yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyet anında ve şu anda sırasıyla %35,1 ve %35,1 olarak değişmemiştir (p=0,107). Grup 2'de %17,9'dan %38,7'ye (p=0,004) ve Grup 3'te %17,5'den %52,9'a (p<0,0001) yükselme olmuştur.

Multisistem hastalıklar

Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarda ilaç dışı tedavilerin olup olmadığını düşünmelerine göre dağılımları Tablo 21a'da ve olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin ilaç dışı tedavi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin dağılımlar Tablo 21b'de sunulmuştur.

Tablo 21a. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri

	Grup 1		**Grup 2**		**Grup 3**		**P değeri**		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Döküntülü enfeksiyöz hastalıklar									
Mezuniyet	62,2	37,8	62,8	37,2	57,1	42,9	0,999	0,988	0,989
Şu an	59,5	40,5	57,9	42,1	50,0	50,0	0,999	0,981	0,986
P değeri	0,973		0,954		0,900				
Bruselloz									
Mezuniyet	46,7	53,3	59,1	40,9	38,9	61,1	0,554	0,793	0,156
Şu an	44,2	55,8	56,1	43,9	32,1	67,9	0,567	0,743	0,140
P değeri	0,930		0,916		0,716				
İnfluenza									
Mezuniyet	82,9	17,1	76,3	27,3	72,5	27,5	0,977	0,970	0,999
Şu an	81,1	18,9	68,4	31,6	65,1	34,9	0,976	0,961	0,999
P değeri	0,982		0,962		0,914				

Tablo 21a. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Kabakulak									
Mezuniyet	66,7	33,3	60,0	40,0	52,1	47,9	0,988	**<0,0001**	**<0,0001**
Şu an	64,3	35,7	55,0	45,0	44,4	55,6	0,984	**<0,0001**	**<0,0001**
P değeri	0,977		0,950		0,784				
Difteri									
Mezuniyet	59,1	40,9	54,2	45,8	41,4	58,6	0,989	**<0,0001**	**<0,0001**
Şu an	56,1	43,9	45,0	55,0	33,3	66,7	0,980	**<0,0001**	**<0,0001**
P değeri	0,970		0,898		0,784				
Alerjik reaksiyon									
Mezuniyet	59,5	40,5	71,4	28,6	60,5	39,5	0,975	0,999	0,969
Şu an	58,5	41,5	66,7	33,3	54,9	45,1	0,984	0,999	0,971
P değeri	0,990		0,958		0,927				
Ürtiker ve anjioödem									
Mezuniyet	72,1	27,9	58,7	41,3	55,6	44,4	0,958	0,917	0,995
Şu an	70,0	30,0	53,7	46,3	47,4	52,6	0,953	0,898	0,991
P değeri	0,980		0,949		0,879				
Diabetes mellitus ve komplikasyonları									
Mezuniyet	73,8	26,2	75,6	24,4	76,6	23,4	0,999	0,999	0,999
Şu an	73,2	26,8	70,3	29,7	71,9	28,1	0,999	0,999	0,999
P değeri	0,994		0,953		0,944				
Dislipidemi									
Mezuniyet	77,5	22,5	83,7	16,3	80,3	19,7	0,994	0,999	0,997
Şu an	77,5	22,5	80,6	19,4	75,8	24,2	0,997	0,999	0,996
P değeri	0,999		0,971		0,948				
Malnutrisyon									
Mezuniyet	79,1	20,9	64,4	35,6	69,3	30,7	0,953	0,971	0,994
Şu an	75,7	24,3	56,8	43,2	60,3	39,7	0,950	0,963	0,996
P değeri	0,968		0,929		0,888				
D vitamini eksikliği									
Mezuniyet	81,0	19,0	86,0	14,0	76,6	23,4	0,995	0,994	0,976
Şu an	79,5	20,5	82,4	17,6	71,4	28,6	0,998	0,989	0,978
P değeri	0,983		0,957		0,927				

Tablo 21a. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavisini planlama ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1		Grup 2		Grup 3		P değeri		
	Var	**Yok**	**Var**	**Yok**	**Var**	**Yok**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Dehidratasyon									
Mezuniyet	83,7	16,3	79,5	20,5	71,8	28,2	0,995	0,962	0,984
Şu an	82,1	17,9	75,0	25,0	65,6	34,4	0,992	0,952	0,984
P değeri	0,980		0,950		0,913				
Megaloblastik anemi									
Mezuniyet	79,1	20,9	63,6	36,4	54,8	45,2	0,947	0,853	0,974
Şu an	76,9	23,1	56,8	43,2	46,8	53,2	0,940	0,840	0,974
P değeri	0,979		0,935		0,879				
İlaç yan etkileri									
Mezuniyet	65,1	34,9	66,0	34,0	56,5	43,5	0,999	0,968	0,967
Şu an	63,4	36,6	60,0	40,0	46,7	53,3	0,999	0,945	0,960
P değeri	0,984		0,943		0,856				
K vitamini yetersizliği									
Mezuniyet	66,7	33,3	53,2	46,8	52,6	47,4	0,947	0,927	0,999
Şu an	65,0	35,0	45,0	55,0	43,0	57,0	0,930	0,897	0,999
P değeri	0,984		0,908		0,846				
Taşıt tutması									
Mezuniyet	83,3	16,7	63,8	36,2	62,2	37,8	0,920	0,81	0,999
Şu an	81,1	18,9	56,4	43,6	53,4	46,6	0,917	0,884	0,998
P değeri	0,978		0,929		0,882				

Tablo 21a'da multisistem hastalıklara yönelik ilaç dışı tedaviler genel olarak incelendiğinde mezuniyet anında ilaç dışı tedavinin olmadığını düşünen uzmanlık öğrencilerinin oranı %14,0 ile %61,1 arasında, olduğunu düşünenlerin oranı ise %38,9 ile %86,0 arasında değişmiştir. Verilerin toplandığı anda (şu an) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve Grup 2) olmadığını veya olduğunu düşünenlerin oranları sırasıyla %17,6 ile %55,8 ve %44,2 ile %82,4 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlarda (Grup 3) ise %24,2 ile %67,9 ve %32,1 ile %75,8 arasında değişmiştir.

Multisistem hastalıklar tek tek incelendiğinde, döküntülü enfeksiyöz hastalıkların ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %62,2 ve şu anda %59,5, ikinci grupta mezuniyette %62,8 ve şu anda %57,9, üçüncü grupta mezuniyette %57,1 ve şu anda %50,0'dir. Brusellozda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %46,7 ve şu anda %44,2, ikinci grupta mezuniyette %59,1 ve şu anda %56,1, üçüncü grupta mezuniyette %38,9 ve şu anda %32,1 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak

anlamlı çıkmamıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda da aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (p>0,05).

İnfluenzanın ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %82,9 ve şu anda %81,1, ikinci grupta mezuniyette %76,3 ve şu anda %68,4 ve üçüncü grupta mezuniyette %72,5 ve şu anda %65,1'dir. Kabakulağın ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %66,7 ve şu anda %64,3, ikinci grupta mezuniyette %60,0 ve şu anda %55,0, üçüncü grupta mezuniyette %52,1 ve şu anda %44,4 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (p>0,05). Gruplar arası karşılaştırmalarda ise mezuniyette ve şu anda üçüncü grupta ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranı birinci ve ikinci gruplara göre daha düşük bulunmuştur (p<0,0001). Difterinin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranı mezuniyet anında ve şu anda sırasıyla, birinci grupta %59,1 ve %56,1, ikinci grupta %54,2 ve %45,0, üçüncü grupta %41,4 ve %33,3 olarak hesaplanmış; aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Gruplar arasında mezuniyette ve şu anda üçüncü grupta ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranı birinci ve ikinci göre daha düşük bulunmuştur (p<0,0001). Alerjik reaksiyonun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %59,5 ve şu anda %58,5, ikinci grupta mezuniyette %71,4 ve şu anda %66,7, üçüncü grupta mezuniyette %60,5 ve şu anda %54,9'dur. Ürtiker ve anjioödem tedavi planlamasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla, birinci grupta %72,1 ve %70,0, ikinci grupta %58,7 ve %53,7, üçüncü grupta %55,6 ve %47,4'dür.

Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %73,8 ve şu anda %73,2, ikinci grupta mezuniyette %75,6 ve şu anda %70,3, üçüncü grupta mezuniyette %76,6 ve şu anda %71,9'dur. Dislipideminin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler ise mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %77,5 ve %77,5, Grup 2'de %83,7 ve %80,6, Grup 3'te %80,3 ve %75,8'dir.

Malnutrisyonun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %79,1 ve şu anda %75,7, ikinci grupta mezuniyette %64,4 ve şu anda %56,8, üçüncü grupta mezuniyette %69,3 ve şu anda %60,3'dür. D vitamini eksikliğinin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %81,0 ve şu anda %79,5, ikinci grupta mezuniyette %86,0 ve şu anda %82,4, üçüncü grupta mezuniyette %76,6 ve şu anda %71,4'dür. Her bir grupta mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranında anlamlı farklılık olmamıştır. Gruplar arasında mezuniyette ve şu anda anlamlı değişiklik bulunmamıştır.

Dehidratasyonun ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %83,7 ve %82,1, Grup 2'de %79,5 ve %75,0, Grup 3'te %71,8 ve %65,6'dır. Her

bir grupta mezuniyete göre, şu anda ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranında anlamlı değişme olmamıştır. Gruplar arasında mezuniyette ve şu anda farklılık bulunmamıştır. Megaloblastik aneminin ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %79,1 ve şu anda %76,9, ikinci grupta mezuniyette %63,6 ve şu anda %56,8, üçüncü grupta mezuniyette %54,8 ve şu anda %46,8'dir. K vitamini yetersizliğinde ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler birinci grupta mezuniyette %66,7 ve şu anda %65,0, ikinci grupta mezuniyette %53,2 ve şu anda %45,0, üçüncü grupta mezuniyette %52,6 ve şu anda %43,0'dür. Son olarak, taşıt tutmasında ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler mezuniyette ve şu anda sırasıyla Grup 1'de %83,3 ve %81,1, Grup 2'de %63,8 ve %56,4, Grup 3'te %62,2 ve %53,4'dür.

Multisistem hastalıklarda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünen uzmanlık öğrencilerin bu tedaviyi planlamaya ilişkin yeterlik algılarına ilişkin oransal dağılımlar, analizleriyle birlikte Tablo 21b'de sunulmuştur.

Tablo 21b. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Döküntülü enfeksiyöz hastalıklar												
Mezuniyet	28,6	57,1	14,3	40,7	48,1	11,1	39,6	47,9	12,5	0,140	0,403	0,868
Şu an	24,1	51,7	24,1	16,1	48,4	35,5	11,7	45,0	43,3	0,641	0,033	0,435
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Bruselloz												
Mezuniyet	23,8	57,1	19,0	46,2	46,2	7,7	51,4	37,1	11,4	0,498	0,366	0,985
Şu an	21,7	47,8	30,4	22,6	48,4	29,0	38,6	47,7	13,6	0,976	0,171	0,191
P değeri	0,215			**0,010**			0,338					
İnfluenza												
Mezuniyet	14,7	47,1	38,2	28,1	37,5	34,4	20,7	46,6	32,8	0,438	0,340	0,999
Şu an	5,3	34,2	60,5	0,	32,4	67,6	5,8	26,1	68,1	0,607	0,755	0,918
P değeri	**0,016**			**0,0001**			**0,0001**					
Kabakulak												
Mezuniyet	40,0	46,7	13,3	37,0	44,4	18,5	38,8	51,0	10,2	0,748	0,998	0,752
Şu an	35,5	35,5	29,0	17,2	37,9	44,8	18,0	36,0	46,0	**0,034**	**0,005**	0,990
P değeri	0,163			**0,002**			**< 0,0001**					
Difteri												
Mezuniyet	50,0	34,6	15,4	53,8	23,1	23,1	41,5	48,8	9,8	0,999	0,965	0,968
Şu an	39,3	35,7	25,0	45,5	27,3	27,3	39,5	39,5	21,1	0,999	0,844	0,871
P değeri	0,082			0,125			**0,014**					

Tablo 21b. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Alerjik reaksiyon												
Mezuniyet	20,0	36,0	44,0	20,0	43,3	36,7	22,4	40,8	36,7	0,994	0,850	0,893
Şu an	6,7	30,0	63,3	0	38,2	61,8	3,0	36,4	60,6	0,887	0,983	0,924
P değeri	**0,025**			**0,003**			**0,0005**					
Ürtiker ve anjioödem												
Mezuniyet	29,0	61,3	9,7	29,6	33,3	37,0	24,0	44,0	32,0	0,403	0,384	0,980
Şu an	20,6	35,3	44,1	3,6	35,7	60,7	9,3	31,5	59,3	0,104	0,122	0,887
P değeri	**0,006**			**0,002**			**0,0008**					
Diabetes mellitus ve komplikasyonları												
Mezuniyet	22,6	48,4	29,0	20,6	52,9	26,5	27,1	45,8	27,1	0,999	0,931	0,903
Şu an	8,1	40,5	51,4	3,0	42,4	54,5	3,9	29,9	66,2	0,864	0,204	0,523
P değeri	**0,011**			**0,003**			**< 0,0001**					
Dislipidemi												
Mezuniyet	19,4	61,3	19,4	33,3	41,7	25,0	26,2	54,1	19,7	0,889	0,886	0,999
Şu an	7,5	47,5	45,0	0	31,6	68,4	3,8	27,8	68,4	0,061	**0,045**	0,948
P değeri	**0,0006**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Malnutrisyon												
Mezuniyet	38,2	44,1	17,6	48,3	41,4	10,3	42,6	44,3	13,1	0,427	0,741	0,799
Şu an	29,4	44,1	26,5	17,9	60,7	21,4	21,3	47,5	31,1	0,948	0,469	0,900
P değeri	**< 0,0001**			**0,003**			**0,0001**					
D vitamin eksikliği												
Mezuniyet	17,6	50,0	32,4	21,6	43,2	35,1	28,8	39,0	32,2	0,999	0,695	0,692
Şu an	7,9	36,8	55,3	2,7	35,1	62,2	1,3	22,4	76,3	0,559	**0,041**	0,303
P değeri	**0,016**			**0,002**			**< 0,0001**					
Dehidratasyon												
Mezuniyet	19,4	52,8	27,8	22,9	45,7	31,4	14,3	53,6	32,1	0,965	0,576	0,904
Şu an	13,2	36,8	50,0	5,7	37,1	57,1	1,4	31,9	66,7	0,338	**0,004**	0,560
P değeri	**< 0,0001**			**0,0004**			**< 0,0001**					
Megaloblastik anemi												
Mezuniyet	11,8	61,8	26,5	35,7	39,3	25,0	27,5	56,9	15,7	0,394	0,327	0,997
Şu an	11,1	38,9	50,0	13,8	55,2	31,0	7,7	38,5	53,8	0,523	0,832	0,217
P değeri	**0,017**			**0,020**			**0,0001**					
İlaç yan etkileri												
Mezuniyet	32,1	53,6	14,3	48,4	35,5	16,1	36,5	55,8	7,7	0,594	0,920	0,728
Şu an	31,2	37,5	31,2	13,8	48,3	37,9	21,6	43,1	35,3	0,181	0,563	0,555
P değeri	0,150			**0,0004**			**0,001**					

Tablo 21b. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıkların ilaç dışı tedavi planlaması ile ilgili görüşleri (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
K vitamini yetersizliği												
Mezuniyet	35,7	53,6	10,7	44,0	44,0	12,0	48,0	48,0	4,0	0,855	0,537	0,905
Şu an	33,3	33,3	33,3	39,1	34,8	26,1	23,4	42,6	34,0	0,979	0,769	0,679
P değeri	0,060			0,060			**0,0001**					
Taşıt tutması												
Mezuniyet	22,9	62,9	14,3	36,7	46,7	16,7	39,3	37,5	23,2	0,554	0,449	0,998
Şu an	16,2	56,8	27,0	3,7	66,7	29,6	12,3	47,4	40,4	0,296	0,277	0,993
P değeri	**0,056**			**0,0002**			**0,0005**					

Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarda ilaç dışı tedavi planında yeterli hissetme oranları genel olarak incelendiğinde, mezuniyet anında yeterli hissetme oranlarının %4,0 ile %37,0 arasında kaldığı görülmüştür. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %21,4 ile %68,4 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %21,1 ile %76,3 arasında değişmiştir.

Bu grupta yer alan hastalıklar tek tek incelendiğinde, döküntülü enfeksiyöz hastalıkların ilaç dışı tedavisini planlamada birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı %14,3'den %24,1'e yükselmiştir (p<0,0001). Grup 2'de yeterli hissedenlerin oranı %11,1'den %35,5'e (p<0,0001), Grup 3'te ise %12,5'den %43,3'e (p<0,0001) yükselmiştir. Brusellozun ilaç dışı tedavisinde yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %19,0 ve şu anda %30,4'dür (p=0,215). İkinci grupta yeterli hissedenlerin oranı %7,7'den %29,0'a yükselmiştir (p=0,010). Üçüncü grupta mezuniyette %11,4 ve şu anda %13,6 olarak belirlenmiştir (p=0,338).

İnfluenzanın ilaç dışı tedavisini planlamada mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla, %38,2 ve %60,5 (p=0,016), %34,4 ve %67,6 (p=0,0001), %32,8 ve %68,1 olarak belirlenmiştir (p=0,0001). Kabakulakta ilaç dışı tedavisinde yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %13,3 ve şu anda %29,0'dur (p=0,163). İkinci grupta yeterli hissedenlerin oranı %18,5'den %44,8'e (p=0,002), üçüncü grupta %10,2'den %46,0'ya (p<0,0001) yükselmiştir. Difterinin ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı %15,4 ve şu anda %25,0 olarak belirlenmiştir (p=0,080). İkinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %23,1 ve şu anda %27,3 olarak belirlenmiştir (p=0,125). Üçüncü grupta mezuniyette %9,8 olan yeterli hissetme oranı şu anda %21,1 olmuştur (p=0,014).

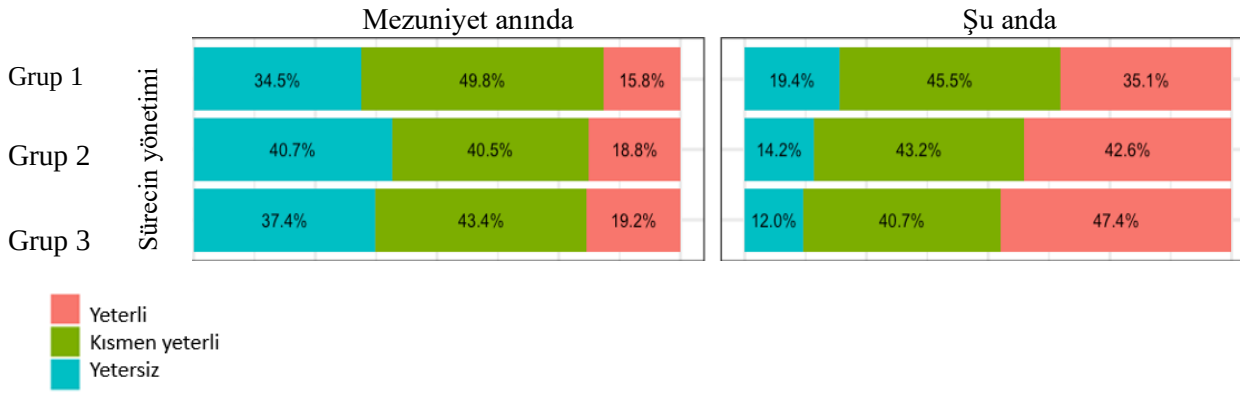
Alerjik reaksiyonların ilaç dışı tedavisinde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %44,0 ve %63,3 (p=0,025), %36,7 ve %61,8 (p=0,003), %36,7 ve %60,6 (p=0,0005). Ürtiker ve anjioödemde ise ilaç dışı tedavide yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %9,7 ve %44,1 (p=0,006), %37,0 ve %60,7 (p=0,002), %32,0 ve %59,3 (p=0,0008).

Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının ilaç dışı tedavisini planlamada Grup 1'de yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %29,0 ve şu anda %51,4 olarak belirlenmiştir (p=0,011). İkinci grupta %26,5 ve %54,5 (p=0,003), üçüncü grupta %27,1 ve %66,2 olarak belirlenmiştir (p<0,0001). Dislipidemide ilaç dışı tedavide yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %19,4 ve %45,0 (p=0,0006), %25,0 ve %68,4 (p<0,0001), %19,7 ve %68,4 (p<0,0001). Malnutrisyonda ilaç dışı tedavide yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekildedir; %17,6 ve %26,5 (p<0,0001), %10,3 ve %21,4 (p=0,003), %13,1 ve %31,1 (p=0,0001). D vitamini eksikliğinde ilaç dışı tedavide Grup 1'de yeterli hissetme oranı mezuniyette %32,4'den şu anda %55,3'e (p=0,016), Grup 2'de %35,1'den %62,2'ye (p=0,002) ve Grup 3'te %32,2'den %76,3'ya (p<0,0001) yükselmiştir. Dehidratasyonda ilaç dışı tedavide 1., 2. ve 3. gruplardaki mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu artmıştır; %27,8'den %50,0'ye (p<0,0001), %31,4'den %57,1'e (p=0,0004) ve %32,1'den %66,7'ye (p<0,0001).

Megaloblastik aneminin ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %26,5'den şu anda %50,0'ye yükselmiş (p=0,017), Grup 2'de %25,0'den %31,0'e (p=0,02) ve Grup 3'te %15,7'den %53,8'e (p=0,0001) yükselmiştir. K vitamini eksikliğinin ilaç dışı tedavisinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %10,7 ve şu anda %33,3 olarak belirlenmiş olup artış anlamlı bulunmamıştır (p=0,06). Yine Grup 2'de artış %12,0'den ve %26,1'e olup anlamlı bulunmamıştır (p=0,060). Grup 3'te yeterli hissetme oranı %4,0'den %34,0'e yükselmiştir (p=0,0001). Son olarak taşıt tutmasında ilaç dışı tedavide birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %14,3 ve şu anda %27,0 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,056). İkinci ve üçüncü gruplarda mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekilde artmıştır; %16,7'den %29,6'ya (p=0,0002), %23,2'den %40,4'e (p=0,0005).

6.1.4. Tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme

Tüm hastalıklar/klinik durumlar bir arada ele alındığında tedaviyi yönetme ve bilgilendirme yeterlik algısına ilişkin yüzde dağılımlar Şekil 5'de sunulmuştur.



Şekil 5. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

Şekil 5'de görüldüğü gibi tedaviyi yönetme ve bilgilendirmede mezuniyet anında kendilerini yeterli hisseden uzmanlık öğrencilerin oranı %15,8 ile %19,2 arasında bulunmuş, bu oran uzmanlık eğitimi ile birlikte (şu anda) %35,1 - %47,4'lere kadar çıkmıştır. Tüm hastalıklar/klinik durumlar bir arada incelendiğinde tedaviyi yönetme parametreleri açısından grupların hepsinde şu anki değerlendirmelerinde mezun olduklarına göre daha yeterli hissettikleri belirlenmiş ($p<0,05$) olmakla birlikte erişilen bu oranlar hala düşük düzeydedir.

Bu genel bulgulardan sonra uzmanlık öğrencilerinin tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları sistemler ve hastalıklar bazında aşağıda detaylandırılmıştır.

Duyu sistemi hastalıkları

Tablo 22'de duyu sistemi hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde duyu sistemi hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %11,5 ile %31,7 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %11,4 ile %70,5 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %28,8 ile %72,1 arasında değişmiştir.

Tablo 22. Uzmanlık öğrencilerinin duyu sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Konjonktivit												
Mezuniyet	26,5	57,1	16,3	30,8	50,0	19,2	25,5	50,0	24,5	0,997	0,713	0,653
Şu an	6,4	51,1	42,6	2,2	39,1	58,7	2,9	43,3	53,8	0,232	0,339	0,857
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Otitis eksterna												
Mezuniyet	16,3	55,1	28,6	17,3	53,8	28,8	25,0	48,1	26,9	0,998	0,631	0,662
Şu an	4,2	35,4	60,4	4,5	25,0	70,5	0	27,9	72,1	0,572	0,221	0,893
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Otitis media												
Mezuniyet	20,4	59,2	20,4	13,5	59,6	26,9	22,1	46,2	31,7	0,706	0,713	0,962
Şu an	2,1	45,8	52,1	2,2	28,9	68,9	2,9	29,1	68,0	0,295	0,240	0,992
P değeri	**0,001**			**0,0001**			**0,0006**					
Benign paroksismal pozisyonel vertigo												
Mezuniyet	42,9	44,9	12,2	53,8	32,7	13,5	51,4	34,6	14,0	0,695	0,775	0,962
Şu an	23,4	53,2	23,4	20,8	43,8	35,4	20,4	41,7	37,9	0,482	0,324	0,995
P değeri	**0,001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Yenidoğanda konjonktivit												
Mezuniyet	53,1	32,7	14,3	59,6	28,8	11,5	53,8	34,6	11,5	**< 0,0001**	0,930	0,721
Şu an	38,3	36,2	25,5	36,4	52,3	11,4	26,0	45,2	28,8	**< 0,0001**	0,139	**0,005**
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Bu grupta yer alan hastalıklar incelendiğinde, konjonktivitin tedavi yönetimi ve bilgilendirmesinde yeterli hissetme oranı Grup 1'de mezuniyette %16,3 ve şu anda %42,6, Grup 2'de mezuniyette %19,2 ve şu anda %58,7, Grup 3'te mezuniyette %24,5 ve şu anda %53,8 olarak belirlenmiştir (her grup için p<0,0001). Otitis eksternanın tedavi yönetimi ve bilgilendirmesinde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, 2 ve 3'te sırasıyla şu şekilde bulunmuş ve oranların anlamlı olarak arttığı görülmüştür; %28,6 ve %60,4, %28,8 ve %70,5, %26,9 ve %72,1 (her grup için p<0,0001). Otitis medianın tedavi yönetimi ve bilgilendirmesinde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette birinci grupta %20,4'den şu anda %52,1'e (p=0,001). Grup 2'de %26,9, %68,9'a (p=0,0001) ve Grup 3'te %31,7, %68,0'e (p=0,0006) yükselmiştir. Benign paroksismal pozisyonel vertigonun tedavi yönetimi ve

bilgilendirmesinde yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda Grup 1, 2 ve 3'te sırasıyla şu şekilde hesaplanmış ve oranların anlamlı olarak arttığı görülmüştür; %12,2'den ve %23,4'e (p=0,001), %13,5'den ve %35,4'e (p<0,0001) ve %14,0'den ve %37,9'a (p<0,0001). Yenidoğanda konjonktivitin de ise birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %14,3'den şu anda %25,5'e yükselmiştir (p<0,0001). Grup 2'de yeterli hissetme oranı mezuniyette %11,5, şu anda %11,4 olarak bulunmuş, kısmen yeterli hissetme oranı ise mezuniyette %28,8 iken şu anda %52,3'e yükselmiştir (p<0,0001). Grup 3'te de yeterli hissetme oranı %11,5'den %28,8'e yükselmiştir (p<0,0001). Gruplar arası karşılaştırmalarda mezuniyet anında Grup 1 ile Grup 2 arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,0001). Şu anda ise Grup 1 ile Grup 2 (p<0,0001) ve Grup 2 ile Grup 3 arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,005).

Solunum sistemi hastalıkları

Tablo 23'de solunum sistemi hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları sunulmuştur. Tablo 23 incelendiğinde solunum sistemi hastalıklarında genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %3,8 ile %51,9 arasındadır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %12,5 ile %80,0 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %12,6 ile %82,4 arasında değişmiştir.

Tablo 23. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akciğer tüberkülozu												
Mezuniyet	38,3	51,1	10,6	54,0	36,0	10,0	49,0	33,7	17,3	0,368	0,867	0,538
Şu an	31,2	50,0	18,8	16,7	60,4	22,9	24,8	59,0	16,2	0,285	0,881	0,390
P değeri	**0,24**			**< 0,0001**			**0,002**					
Astım												
Mezuniyet	32,7	51,0	16,3	38,5	50,0	11,5	33,0	49,1	17,9	0,675	1,000	0,585
Şu an	18,8	47,9	33,3	10,4	39,6	50,0	7,7	41,3	51,0	0,163	0,039	0,947
P değeri	**0,006**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Alerjik rinit												
Mezuniyet	26,5	44,9	28,6	26,9	42,3	30,8	27,4	47,2	25,5	0,995	0,915	0,859
Şu an	2,1	43,8	54,2	2,1	37,5	60,4	1,9	25,2	72,8	0,807	0,102	0,379
P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 24. Uzmanlık öğrencilerinin solunum sistemi hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Boğmaca												
Mezuniyet	61,2	32,7	6,1	67,3	28,8	3,8	59,8	32,7	7,5	0,781	0,964	0,552
Şu an	47,9	39,6	12,5	43,8	37,5	18,8	48,5	38,8	12,6	0,604	0,976	0,633
P değeri	**0,041**			**0,0001**			**0,005**					
Pnömoniler												
Mezuniyet	22,4	69,4	8,2	32,7	51,9	15,4	31,4	46,7	21,9	0,973	0,955	0,845
Şu an	12,8	53,2	34,0	4,4	35,6	60,0	4,9	36,9	58,3	0,016	0,009	0,938
P değeri	**0,0008**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları												
Mezuniyet	18,4	51,0	30,6	7,7	42,3	50,0	11,3	36,8	51,9	0,062	0,035	0,991
Şu an	0	26,1	73,9	0	20,0	80,0	1,0	16,7	82,4	0,657	0,398	0,957
P değeri	**< 0,0001**			**0,0001**			**< 0,0001**					
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı												
Mezuniyet	28,6	53,1	18,4	39,2	45,1	15,7	38,7	48,1	13,2	0,559	0,341	0,976
Şu an	17,0	51,1	31,9	6,7	51,1	42,2	11,8	53,9	34,3	0,268	0,782	0,479
P değeri	**0,015**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Akciğer tüberkülozu tedavi planında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmede Grup 1'de yeterli hissetme oranı mezuniyette %10,6 ve şu anda %18,8, kısmen yeterli hissetme oranı mezuniyette %51,1 ve şu anda %50,0 olarak belirlenmiş olup aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,24). Grup 2'de ise yeterli hissetme oranı mezuniyette %10,0'dan %22,9'a anlamlı olarak yükselmiştir (p<0,0001). Grup 3'te kısmen yeterli hissetme oranı mezuniyette %33,7'den şu anda %59,0'a yükselirken yeterli hissetme oranı %17,3'den %16,2'ye düşmüştür (p=0,002). Astım tedavisinin yönetimi ve bilgilendirmesinde birinci grupta yeterli hissetme oranı %16,3'den %33,3'e (p=0,006), ikinci grupta %11,5'den %50,0'ye (p< 0,0001) ve üçüncü grupta %17,9'dan %51,0'e (p< 0,0001) artış göstermiştir. Alerjik rinitte Grup 2'de mezuniyette %28,6 olan yeterli hissetme oranı şu anda %54,2'ye (p=0,0001), Grup 2'de %30,8'den %60,4'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %25,5'den %72,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Boğmacada birinci grupta yeterli hissetme oranı mezuniyette %6,1 iken şu anda %12,5'e (p=0,041), ikinci grupta mezuniyette %3,8 olan yeterli hissetme oranı %18,8'e (p=0,0001) ve üçüncü grupta %7,5 olan oran %12,6'ye (p=0,005) yükselmiştir. Pnömonilerinde birinci grupta mezuniyette %8,2 olan yeterli hissetme oranı %34,0'e (p=0,00068, ikinci grupta %15,4'den %60,0'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %21,9'dan %58,3'e (p<0,0001) çıkmıştır. Yine, üst solunum yolu

enfeksiyonlarında mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2, ve 3. grupta sırasıyla, %30,6'dan %73,9'a (p<0,0001), %50.0'den %80,0'e (p=0,0001) ve %51,9'dan %82,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Son olarak kronik obstrüktif akciğer hastalığının tedavi yönetimi ve bilgilendirmesinde yeterli hissetme oranı mezuniyete göre şu anda Grup 1'de %18,4'den %31,9'a (p=0,015), Grup 2'de %15,7'den %42,2'ye (p<0,0001) ve Grup 3'te %13,2'den %34,3'e (p<0,0001) yükselmiştir.

Deri yumuşak doku sistem hastalıkları

Deri yumuşak doku sistem hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 24'de sunulmuştur. Tablo 24 incelendiğinde bu grup hastalıklarda genel olarak uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %6,1 ile %30,8 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %16,7 ile %65,2 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %35,0 ile %63,1 arasında değişmiştir.

Tablo 25. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Akne vulgaris/rozasea												
Mezuniyet	30,6	49,0	20,4	43,1	33,3	23,5	36,2	45,7	18,1	0,836	0,791	1,000
Şu an	18,8	45,8	35,4	12,8	46,8	40,4	13,6	29,1	57,3	0,579	0,057	0,475
P değeri	**0,017**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Bası yaraları												
Mezuniyet	46,9	46,9	6,1	48,1	36,5	15,4	52,4	33,3	14,3	0,807	0,998	0,779
Şu an	27,1	56,2	16,7	16,7	45,8	37,5	15,5	44,7	39,8	0,068	**0,011**	0,941
P değeri	**0,004**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Derinin paraziter hastalıkları												
Mezuniyet	49,0	38,8	12,2	55,8	28,8	15,4	43,0	44,9	12,1	0,887	0,593	0,569
Şu an	31,2	37,5	31,2	28,3	47,8	23,9	12,6	52,4	35,0	0,999	**0,004**	0,341
P değeri	**< 0,0001**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler												
Mezuniyet	20,8	72,9	6,2	28,8	40,4	30,8	32,1	40,6	27,4	0,493	0,753	0,819
Şu an	6,4	55,3	38,3	4,3	30,4	65,2	2,9	34,0	63,1	**0,03**	**0,014**	0,970
P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 26. Uzmanlık öğrencilerinin deri yumuşak doku sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi)												
Mezuniyet	26,5	61,2	12,2	41,2	31,4	27,5	38,7	38,7	22,6	0,998	0,958	0,939
Şu an	6,2	58,3	35,4	8,5	36,2	55,3	4,9	39,8	55,3	0,236	0,095	0,988
P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Yanıklar												
Mezuniyet	32,7	55,1	12,2	21,2	48,1	30,8	30,2	50,0	19,8	0,084	0,697	0,204
Şu an	16,7	47,9	35,4	4,4	55,6	40,0	11,8	45,1	43,1	0,312	0,469	0,849
P değeri	**0,0002**			**0,004**			**< 0,0001**					

Hastalıklar özelinde ele alındığında, akne vulgaris/rozaseada tedavi yönetimi ve bilgilendirmede birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %20,4'den şu anda %35,4'e (p=0,017), ikinci grupta %23,5'dan %40,4'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %18,1'den %57,3'e (p<0,0001) yükselmiştir. Bası yaralarında mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde olmuş ve oranlar anlamlı şekilde artmıştır; %6,1'den %16,7'e (p=0,004), %15,4'den %37,5'a (p<0,0001) ve %14,3'den %39,8'e (p<0,0001). Gruplar arası karşılaştırmada mezuniyet anında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmazken şu anda Grup 1 ile Grup 3 arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,011). Derinin paraziter hastalıklarında mezuniyete göre şu anda yeterli hissetme oranlarında birinci grupta %12,2'den %31,2'ye (p<0,0001), ikinci grupta %15,4'den %23,9'a (p=0,0002) ve üçüncü grupta %12,1'den %35,0'e (p<0,0001) anlamlı yükselmeler olduğu belirlenmiştir. Mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmamakla birlikte şu anda yeterli hissetme oranında Grup 1 ile Grup 3 arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,004). Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abselerde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı olan %6,2, şu anda %38,3'e yükselmiş (p=0,0003), Grup 2'de bu oran %30,8'den %65,2'ye (p<0,0001), Grup 3'te de %27,4'den %63,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. Mezuniyette gruplar arasında farklılık bulunmazken şu anda yeterli hissetme oranlarında artış ikinci grupta birinci gruba göre (p=0,03) ve üçüncü grupta birinci gruba göre (p=0,014) daha fazla olmuştur. Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi) tedavisinin yönetimi ve bilgilendirmede mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde anlamlı olarak artmıştır; %12,2'den %35,4'e (p=0,0003), %27,5'den %55,3'e (p<0,0001), %22,6'dan %55,3'e (p<0,0001). Yanık tedavisinde yeterli hissetme oranı Grup 1'de

mezuniyette %12,2 iken şu anda %35,4 olmuş (p=0,0002), Grup 2'de %30,8 iken %40,0 (p=0,004), Grup 3'de %19,8 iken %43,1 (p<0,0001) olmuştur.

Dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem kapsamındaki hastalıklar

Dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 25'de sunulmuştur. Tablo 25 incelendiğinde bu grupta yer alan hastalıklarda uzmanlık öğrencilerinin genel olarak yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %5,8 ile %40,4 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %15,2 ile %76,6 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %23,1 ile %85,6 arasında değişmiştir.

Tablo 27. Uzmanlık öğrencilerinin dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Esansiyel hipertansiyon												
Mezuniyet	24,5	53,1	22,4	45,1	33,3	21,6	34,0	51,9	14,2	0,241	0,304	0,905
Şu an	8,5	44,7	46,8	10,6	48,9	40,4	2,9	38,5	58,7	0,900	0,249	0,089
P değeri	**0,0005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Hipotiroidizm												
Mezuniyet	40,8	42,9	16,3	40,4	44,2	15,4	42,5	39,6	17,9	0,998	0,998	0,991
Şu an	12,5	47,9	39,6	6,7	48,9	44,4	2,9	29,8	67,3	0,545	0,003	0,055
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Guatr												
Mezuniyet	40,8	51,0	8,2	46,2	40,4	13,5	35,6	47,1	17,3	0,995	0,557	0,481
Şu an	14,9	63,8	21,3	15,6	60,0	24,4	9,7	41,7	48,5	0,916	**0,015**	**0,045**
P değeri	**0,0003**			**0,0001**			**< 0,0001**					
Konjenital hipotiroidizm												
Mezuniyet	46,9	42,9	10,2	67,3	26,9	5,8	56,6	34,9	8,5	0,109	0,585	0,349
Şu an	29,8	53,2	17,0	41,3	43,5	15,2	28,8	48,1	23,1	0,788	0,739	0,299
P değeri	**0,019**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Demir eksikliği anemisi												
Mezuniyet	22,4	55,1	22,4	25,0	34,6	40,4	18,9	46,2	34,9	0,517	0,442	0,998
Şu an	2,1	37,5	60,4	6,4	17,0	76,6	1,0	13,5	85,6	0,315	**0,004**	0,291
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Uzmanlık öğrencilerin tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları hastalıklar bazında dikkate alındığında, esansiyel hipertansiyonda birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %22,4 ve şu anda %46,8 olup oran süreç içinde anlamlı olarak arttığı görülmüştür (p=0,0005). İkinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %21,6 ve şu anda %40,4 olup oran anlamlı olarak artmıştır (p<0,0001). Üçüncü grupta da yeterli hissetme oranı anlamlı olarak artarak mezuniyette %14,2'den şu anda %58,7'e yükselmiştir (p<0,0001). Hipotiroidizmde yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta mezuniyette ve şu anda sırasıyla şu şekilde artmıştır; %16,3'den %39,6'ya (p<0,0001), %15,4'den %44,4'e (p<0,0001), %17,9'dan %67,3'e (p<0,0001). Guatrda Grup 1'de mezuniyette %8,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %21,3'e (p=0,0003), Grup 2'de %13,5'den %24,4'e (p=0,0001) ve Grup 3'te %17,3'den %48,5'e anlamlı olarak artış göstermiştir (p<0,0001). Gruplar arası karşılaştırmada mezuniyette tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmede gruplar arasında fark bulunmamış, ancak şu anda üçüncü grupta birinci (p=0,015) ve ikinci gruba göre (p=0,045) oranlar anlamlı olarak daha fazla hesaplanmıştır. Konjenital hipotiroidizmde birinci grupta mezuniyette %10,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %17,0'ye yükselmiş (p=0,019), ikinci grupta bu oran %5,8'den %15,2'ye (p=0,0002) ve üçüncü grupta %8,5'den %23,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. Bu grup hastalıklarda son olarak demir eksikliği anemisinde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde artmıştır; %22,4'den %60,4'e, %40,4'den %76,6'ya ve %34,9 dan %85,6'ya (her bir grup için p<0,0001). Mezuniyet anında tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmede gruplar arasında fark bulunmamış, ancak şu anda Grup 3'teki artış Grup 1'e göre anlamlı olarak daha fazla çıkmıştır (p=0,004).

Gastrointestinal sistem hastalıkları

Gastrointestinal sistem hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 26'da sunulmuştur. Tablo 26 incelendiğinde bu grupta yer alan hastalıklarda uzmanlık öğrencilerinin yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %5,8 ile %43,8 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %19,6 ile %73,3 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %29,1 ile %74,0 arasında değişmiştir.

Tablo 28. Uzmanlık öğrencilerinin gastrointestinal sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Peptik hastalıklar (ülser, gastrit)												
Mezuniyet	22,4	55,1	22,4	15,4	51,9	32,7	18,1	47,6	34,3	0,196	**< 0,0001**	0,980
Şu an	10,6	38,3	51,1	2,2	28,3	69,9	4,9	29,4	65,7	0,015	**< 0,0001**	0,772
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gastro-özefageal reflü												
Mezuniyet	14,3	53,1	32,7	15,4	48,1	36,5	15,2	41,0	43,8	0,956	0,680	0,864
Şu an	2,1	27,1	70,8	0	26,7	73,3	1,0	25,0	74,0	0,924	0,880	1,000
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gastroenteritler												
Mezuniyet	14,3	73,5	12,2	21,2	51,9	26,9	24,5	51,9	23,6	0,803	0,997	0,775
Şu an	4,3	40,4	55,3	4,4	28,9	66,7	1,0	36,5	62,5	0,445	0,509	0,936
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gastrointestinal sistem parazitozları												
Mezuniyet	39,6	47,9	12,5	37,3	54,9	7,8	45,6	40,8	13,6	1,000	0,783	0,769
Şu an	25,0	47,9	27,1	8,7	60,9	30,4	16,3	50,0	33,7	0,240	0,279	0,928
P değeri	**0,002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Moniliyazis												
Mezuniyet	51,0	40,8	8,2	65,4	25,0	9,6	57,7	36,5	5,8	0,547	0,660	0,932
Şu an	43,5	37,0	19,6	29,5	40,9	29,5	32,0	38,8	29,1	0,140	0,236	0,826
P değeri	**0,058**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Çocukta fonksiyonel kabızlık												
Mezuniyet	32,7	57,1	10,2	48,1	36,5	15,4	41,5	38,7	19,8	0,663	0,985	0,681
Şu an	10,4	56,2	33,3	15,2	43,2	41,3	10,7	36,9	52,4	0,915	0,179	0,405
P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Stomatit												
Mezuniyet	53,1	36,7	10,2	48,1	38,5	13,5	43,8	47,6	8,6	0,589	0,661	0,959
Şu an	44,7	31,9	23,4	13,3	57,8	28,9	19,8	46,5	33,7	**0,032**	**0,028**	0,917
P değeri	**0,005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Hemoroid												
Mezuniyet	26,5	55,1	18,4	29,4	52,9	17,6	29,5	53,3	17,1	0,973	0,918	0,989
Şu an	10,4	50,0	39,6	6,5	34,8	58,7	2,9	50,0	47,1	0,179	0,396	0,394
P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Anal fissür												
Mezuniyet	51,0	28,6	20,4	40,4	42,3	17,3	43,0	35,5	21,5	0,807	0,657	0,985
Şu an	25,0	39,6	35,4	18,8	20,8	60,4	8,7	45,6	45,6	0,085	0,152	0,777
P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Uzmanlık öğrencilerin tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları hastalıklar bazında dikkate alındığında, peptik hastalıklarda birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %22,4 olup şu anda %51,1'e yükselmiştir (p<0,0001). Benzer şekilde ikinci grupta %32,7'den %69,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %34,3'den %65,7'ye (p<0,0001) yükselme gözlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada mezuniyet anında ve şu anda Grup 3'deki oran Grup 1'e göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0,0001). Gastro-özefageal reflüde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %32,7'den %70,8'e yükselmiştir (p<0,0001). İkinci grupta yeterli hissetme oranında %36,5'den %73,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %43,8'den %74,0'e (p<0,0001) artış olmuştur. Gastroenteritlerde birinci grupta yeterli hissetme oranı %12,2'den şu anda %55,3'e (p<0,0001), ikinci grupta %26,9'dan %66,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %23,6'dan %62,5'e yükselme görülmüştür (p<0,0001). Gastrointestinal sistem parazitozlarında Grup 1'de mezuniyette %12,5'den şu anda %27,1'e (p=0,002), Grup 2'de %7,8'den %30,4'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %13,6'dan %33,7'ye (p<0,0001) artış olmuştur. Moniliyazisde birinci grupta yeterli hissetme oranı %8,2'den %19,6'ya artmış, kısmen yeterli hissetme oranı ise %40,8'den %37,0'ye azalmıştır. Bu değişimler anlamlı bulunmamıştır (p=0,058). İkinci ve üçüncü grupta mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranlarında artışlar sırasıyla şu şekilde olmuştur; %9,6'dan %29,5'e ve %5,8'den %29,1'e (her iki grup için p<0,0001). Çocukta fonksiyonel kabızlıkta birinci grupta mezuniyette %10,2 olan yeterli hissetme oranı şu anda %33,3'e (p=0,0002), ikinci grupta %15,4'den %41,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %19,8'den %52,4'e (p<0,0001) yükselmiştir. Stomatitde mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranı birinci grupta %10,2'den %23,4'e (p=0,005), ikinci grupta %13,5'den %28,9'a (p<0,0001), üçüncü grupta %8,6'dan %33,7'ye (p<0,0001) doğru artış görülmüştür. Gruplar arasında mezuniyet anında anlamlı farklılık yokken, şu anda Grup 2'deki oran Grup 1'den (p=0,032) ve Grup 3'taki oran Grup 1'den anlamlı olarak daha fazla hesaplanmıştır (p=0,028). Hemoroid tedavisinde birinci grupta mezuniyette %18,4 olan yeterli hissetme oranı şu anda %39,6'ya (p=0,0002), ikinci grupta %17,6'dan %58,7'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %17,1'den %47,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. Son olarak anal fissürde tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmede mezuniyette yeterli hissetme oranı uzmanlık eğitime devam edilen ana (şu anda) göre 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde değişmiştir; %20,4'den %35,4'e (p=0,0003), %17,3'den %60,4'e (p<0,0001) ve %21,5'den %45,6'ya (p<0,0001) artış.

Kas iskelet sistemi hastalıkları

Kas iskelet sistemi hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 27'de sunulmuştur. Tablo 27 incelendiğinde bu grupta yer alan hastalıklarda uzmanlık öğrencilerinin genel olarak yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %6,1 ile %34,6 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %15,2 ile %68,9 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %20,4 ile %65,0 arasında değişmiştir.

Tablo 29. Uzmanlık öğrencilerinin kas iskelet sistemi hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Mekanik bel ağrısı												
Mezuniyet	24,5	51,0	24,5	15,4	50,0	34,6	19,2	47,1	33,7	0,380	0,552	0,868
Şu an	8,5	48,9	42,6	0,0	31,1	68,9	3,9	31,1	65,0	0,024	**0,049**	0,675
P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Osteoartrit												
Mezuniyet	36,7	46,9	16,3	38,5	51,9	9,6	33,7	48,1	18,3	0,886	0,599	0,563
Şu an	23,4	51,1	25,5	13,3	60,0	26,7	13,5	48,1	38,5	0,502	0,599	0,563
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Tenosinovitler												
Mezuniyet	57,1	36,7	6,1	57,7	34,6	7,7	50,5	39,0	10,5	0,966	0,547	0,713
Şu an	46,8	29,8	23,4	37,0	47,8	15,2	30,1	49,5	20,4	0,918	0,521	0,801
P değeri	**0,005**			**0,002**			**< 0,0001**					

Tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları hastalıklar bazında dikkate alındığında, mekanik bel ağrısı tedavisinde birinci grupta mezuniyetteki yeterli hissetme oranı %24,5'den şu anda %42,6'ya yükselmiş (p=0,0003), ikinci grupta %34,6'dan %68,9'a (p<0,0001) ve üçüncü grupta %33,7'den %65,0'e (p<0,0001) artış olmuştur. Mezuniyette gruplar arsasında farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, ancak şu anda üçüncü gruptaki oranın birinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,049). Osteoartritte 1., 2. ve 3. gruplarda mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekilde artmıştır; %16,3'den %25,5'e (p<0,0001), %9,6'dan %26,7'ye (p<0,0001) ve %18,3'den %38,5'e (p<0,0001). Benzer şekilde, tenosinovitlerin tedavi süreci yönetimi ve bilgilendirmesinde de mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2., ve 3. gruplarda

sırasıyla şu şekilde artış göstermiştir; %6,1'den %23,4'e (p=0,005), %7,7'den %15,2'ye (p=0,002) ve %10,5'den %20,4'e (p<0,0001).

Sinir sistemi, davranış ile ilişkili hastalıklar

Sinir sistemi, davranış ile ilişkili hastalıklarda tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 28'de sunulmuştur. Tablo 28 incelendiğinde bu grupta yer alan hastalıklarda uzmanlık öğrencilerinin genel olarak yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %9,6 ile %24,5 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %15,6 ile %35,4 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %26,9 ile %36,5 arasında değişmiştir.

Tablo 30. Uzmanlık öğrencilerinin sinir sistemi, davranış ile ilişkili hastalıklarda tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Depresyon												
Mezuniyet	32,7	57,1	10,2	51,9	38,5	9,6	45,7	39,0	15,2	0,278	0,631	0,655
Şu an	20,8	54,2	25,0	17,8	66,7	15,6	13,7	50,0	36,3	0,981	0,161	0,166
P değeri	**0,004**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Febril konvülsiyon												
Mezuniyet	40,8	49,0	10,2	52,9	37,3	9,8	51,9	34,0	14,2	0,613	0,692	0,958
Şu an	19,1	46,8	34,0	8,7	63,0	28,3	22,1	51,0	26,9	0,942	0,721	0,476
P değeri	**0,0003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Gerilim tipi başağrısı												
Mezuniyet	20,4	55,1	24,5	36,5	40,4	23,1	37,7	45,3	17,0	0,483	0,088	0,687
Şu an	12,5	52,1	35,4	6,7	60,0	33,3	18,3	45,2	36,5	0,886	0,952	0,681
P değeri	**0,021**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Uzmanlık öğrencilerinin mezuniyet anında ve uzmanlık eğitimlerinin sürdüğü anda (şu an) tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları hastalıklar bazında dikkate alındığında, depresyon tedavisinde birinci grupta mezuniyette %10,2'den şu anda %25,0'e yükselmiş (p=0,004), benzer şekilde Grup 2'de yeterli hissetme oranı %9,6'dan %15,6'ya (p<0,0001) ve Grup 3'te %15,2'den %36,3'e (p<0,0001) artış olmuştur. Febril konvülsiyonda birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %10,2'den şu anda %34,0'e yükselmiş (p=0,0003), Grup 2'de %9,8'den %28,3'e (p<0,0001) ve Grup 3'te de %14,2'den %26,9'a

(p<0,0001) doğru artış görülmüştür. Gerilim tipi başağrısında da yeterli hissetme oranları mezuniyette ve şu anda Grup 1, 2 ve 3'de sırasıyla şu şekilde artmıştır; %24,5'den %35,4'e (p=0,021), %23,1'den %33,3'e (p<0,0001) ve %17,0'den %36,5'e (p<0,0001).

Ürogenital sistem hastalıkları

Ürogenital sistem hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 29'da sunulmuştur. Tablo 29 incelendiğinde bu grupta yer alan hastalıklarda uzmanlık öğrencilerinin genel olarak yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %2,0 ile %34,3 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %12,5 ile %65,9 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %29,8 ile %69,3 arasında değişmiştir.

Tablo 31. Uzmanlık öğrencilerinin ürogenital sistem hastalıklarında tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar												
Mezuniyet	42,9	44,9	12,2	49,0	41,2	9,8	33,6	52,3	14,0	0,824	0,573	0,208
Şu an	27,1	45,8	27,1	25,0	43,8	31,2	10,7	49,5	39,8	0,790	0,026	0,177
P değeri	**0,003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Genital enfeksiyonlar												
Mezuniyet	32,7	57,1	10,2	56,9	31,4	11,8	42,3	48,1	9,6	0,181	0,584	0,516
Şu an	18,8	62,5	18,8	15,2	58,7	26,1	12,5	50,0	37,5	0,584	0,057	0,538
P değeri	**0,017**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Üriner sistem enfeksiyonları												
Mezuniyet	16,3	63,3	20,4	19,2	48,1	32,7	17,1	48,6	34,3	0,729	0,508	0,969
Şu an	2,1	36,2	61,7	2,3	31,8	65,9	1,0	29,7	69,3	0,748	0,503	0,965
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Hiperemezis gravidarum												
Mezuniyet	46,9	51,0	2,0	48,1	36,5	15,4	50,5	42,9	6,7	0,652	0,998	0,591
Şu an	39,6	47,9	12,5	20,0	46,7	33,3	14,4	55,8	29,8	**0,006**	**0,002**	0,957
P değeri	**0,075**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Premenstrüel sendrom												
Mezuniyet	30,6	44,9	24,5	36,5	50,0	13,5	30,8	52,9	16,3	0,283	0,426	0,862
Şu an	19,1	48,9	31,9	13,0	54,3	32,6	12,7	46,1	41,2	0,764	0,110	0,773
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Uzmanlık öğrencilerinin mezuniyet anında ve uzmanlık eğitimlerinin sürdüğü anda (şu an) tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları hastalıklar bazında dikkate alındığında, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %12,2'den şu anda %27,1'e (p=0,00,), ikinci grupta %9,8'den %31,2'ye (p<0,0001) ve üçüncü grupta %14,0'den %39,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Genital enfeksiyonlarda yeterli hissetme oranı birinci grupta mezuniyette %10,2'den şu anda %18,8'e yükselmiş (p=0,017), ikinci grupta %11,8'den %26,1'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %9,6'dan %37,5'e (p<0,0001) yükselme olmuştur. Benzer şekilde üriner sistem enfeksiyonlarında yeterli hissetme oranları mezuniyette ve şu anda Grup 1, Grup 2 ve Grup 2'te sırasıyla şu şekilde artmıştır; %20,4'den %61,7'ye, %32,7'den %65,9'a ve %34,3'den %69,3'e (her bir grup için p<0,0001). Hiperemezis gravidarumun tedavi süreci yönetimi ve bilgilendirmesinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %2,0, şu anda %12,5 (p=0,075), ikinci grupta mezuniyette %15,4'den şu anda %33,3'e (p<0,0001) ve üçüncü grupta %6,7'den %29,8'e (p<0,0001) yükselmiştir. Premenstrüel sendrom tedavisinde de yeterli hissetme oranlarında Grup 1'de mezuniyette %24,5'den şu anda %31,9'a, Grup 2'de %13,5'den %32,6'ya ve Grup 3'te %16,3'den %41,2'ye yükselme olmuştur (her bir grup için p<0,0001).

Multisistem hastalıklar

Multisistem hastalıklarında tedavi sürecini yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algılarının dağılımları ve analiz sonuçları Tablo 30'da sunulmuştur. Tablo 30 incelendiğinde bu grupta yer alan hastalıklarda uzmanlık öğrencilerinin genel olarak yeterli hissetme oranları mezuniyet anında %6,1 ile %36,5 arasında kalmıştır. Verilerin toplandığı anda (şu anda) birinci yılındaki uzmanlık öğrencilerinde (Grup 1 ve 2) bu oran %10,6 ile %70,8 arasında, ikinci ve daha üst yıllarda olanlar da (Grup 3) ise %18,6 ile %85,4 arasında değişmiştir.

Tablo 32. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarda tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları

	Grup 1			**Grup 2**			**Grup 3**			**P değeri**		
	Yetersiz	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**Yetersiz**	**Kısmen**	**Yeterli**	**G1/G2**	**G1/G3**	**G2/G3**
Döküntülü enfeksiyöz hastalıklar												
Mezuniyet	46,9	42,9	10,2	55,8	30,8	13,5	41,5	49,1	9,4	0,860	0,921	0,575
Şu an	27,1	54,2	18,8	21,3	55,3	23,4	11,7	58,3	30,1	0,564	**0,045**	0,447
P değeri	**0,003**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 30. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarda tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
Bruselloz												
Mezuniyet	49,0	44,9	6,1	59,6	28,8	11,5	47,7	39,3	13,1	0,814	0,786	0,360
Şu an	43,8	43,8	12,5	37,5	39,6	22,9	34,0	45,6	20,4	0,388	0,352	0,986
P değeri	**0,269**			**0,0006**			**0,005**					
İnfluenza												
Mezuniyet	33,3	37,5	29,2	25,0	50,0	25,0	26,4	47,2	26,4	0,942	0,920	1,000
Şu an	10,4	35,4	54,2	2,2	30,4	67,4	1,9	31,1	67,0	0,256	0,145	0,999
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Kabakulak												
Mezuniyet	49,0	38,8	12,2	54,9	31,4	13,7	47,2	39,6	13,2	0,945	0,984	0,848
Şu an	38,2	48,9	12,8	21,3	42,6	36,2	24,0	44,2	31,7	**0,017**	**0,036**	0,699
P değeri	0,118			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Difteri												
Mezuniyet	61,2	28,6	10,2	66,0	24,0	10,0	56,2	35,2	8,6	0,989	0,896	0,811
Şu an	53,2	31,9	14,9	55,3	34,0	10,6	44,1	37,3	18,6	1,000	0,519	0,511
P değeri	0,09			0,056			**0,0002**					
Alerjik reaksiyon												
Mezuniyet	25,0	39,6	35,4	17,3	46,2	36,5	23,4	43,9	32,7	0,778	0,996	0,651
Şu an	4,2	33,3	62,5	0	29,2	70,8	0	29,1	70,9	0538	0,430	1,000
P değeri	**0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Ürtiker ve anjioödem												
Mezuniyet	24,5	61,2	14,3	25,0	48,1	26,9	27,6	43,8	28,6	0,666	0,648	0,994
Şu an	12,8	42,6	44,7	2,2	37,8	60,0	3,9	33,3	62,7	0,092	**0,027**	0,989
P değeri	**0,0002**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Diabetes mellitus ve komplikasyonları												
Mezuniyet	24,5	57,1	18,4	36,5	44,2	19,2	36,2	44,8	19,0	0,651	0,557	0,999
Şu an	10,4	47,9	41,7	6,4	48,9	44,7	1,9	46,6	51,5	0,728	0,176	0,631
P değeri	**0,0007**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Dislipidemi												
Mezuniyet	34,7	55,1	10,2	56,9	31,4	11,8	45,3	43,4	11,3	0,259	0,655	0,598
Şu an	16,7	52,1	31,2	15,2	50,0	34,8	5,8	35,0	59,2	0,905	**0,002**	**0,010**
P değeri	**0,0005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Malnutrisyon												
Mezuniyet	46,9	38,8	14,3	55,8	36,5	7,7	46,7	43,9	9,3	0,499	0,920	0,620
Şu an	31,9	46,8	21,3	22,7	63,6	13,6	27,2	46,6	26,2	0,958	0,821	0,960
P değeri	**0,022**			**0,0001**			**< 0,0001**					

Tablo 30. Uzmanlık öğrencilerinin multisistem hastalıklarda tedaviyi yönetme ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları (devam)

	Grup 1			Grup 2			Grup 3			P değeri		
	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	Yetersiz	Kısmen	Yeterli	G1/G2	G1/G3	G2/G3
D vitamin eksikliği												
Mezuniyet	12,2	65,3	22,4	34,6	40,4	25,0	30,8	41,1	28,0	0,376	0,532	0,879
Şu an	2,1	31,2	66,7	4,3	25,5	70,2	1,9	12,6	85,4	0,873	**0,026**	0,090
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Dehidratasyon												
Mezuniyet	18,4	61,2	20,4	38,5	34,6	26,9	26,9	49,1	24,1	0,588	0,896	0,759
Şu an	6,2	47,9	45,8	2,1	38,3	59,6	6,9	37,6	55,4	0,243	0,536	0,687
P değeri	**0,001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
Megaloblastik anemi												
Mezuniyet	28,6	51,0	20,4	38,5	50,0	11,5	35,6	44,2	20,2	0,367	0,727	0,695
Şu an	14,9	48,9	36,2	8,9	46,7	44,4	10,6	41,3	48,1	0,553	0,323	0,975
P değeri	**0,006**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
İlaç yan etkileri												
Mezuniyet	40,8	49,0	10,2	56,9	33,3	9,8	43,8	45,7	10,5	0,462	0,991	0,426
Şu an	28,3	45,7	26,1	23,9	52,2	23,9	16,5	59,2	24,3	0,978	0,672	0,779
P değeri	**0,005**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					
K vitamini yetersizliği												
Mezuniyet	44,9	44,9	10,2	56,9	35,3	7,8	51,9	36,8	11,3	0,572	0,836	0,815
Şu an	36,2	44,7	19,1	32,6	50,0	17,4	31,7	44,6	23,8	0,914	0,704	0,957
P değeri	**0,059**			**0,0002**			**< 0,0001**					
Taşıt tutması												
Mezuniyet	36,7	44,9	18,4	40,4	42,3	17,3	36,2	45,7	18,1	0,966	**< 0,0001**	0,971
Şu an	17,0	59,6	23,4	11,1	46,7	42,2	12,7	53,9	33,3	0,224	**< 0,0001**	0,749
P değeri	**< 0,0001**			**< 0,0001**			**< 0,0001**					

Uzmanlık öğrencilerinin mezuniyet anında ve uzmanlık eğitimlerinin sürdüğü anda (şu an) tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmeye ilişkin yeterlik algıları hastalıklar bazında dikkate alındığında, döküntülü enfeksiyöz hastalıklarda birinci grupta yeterli hissedenlerin oranı %10,2'den %18,8'e yükselmiştir (p=0,003). Grup 2'de yeterli hissedenlerin oranı %13,5'den %23,4'e (p<0,0001), Grup 3'te %9,4'den %30,1'e (p<0,0001) yükselme olmuştur. Gruplar arasında mezuniyet anında oranlar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değilken, şu anda üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre daha fazla olmuştur (p=0,045). Brusellozda yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %6,1'den şu anda %12,5'e yükselmiş, kısmen yeterli hissedenlerin oranı ise %44,9'dan %43,8'e düşmüştür. Ancak bu değişimler

anlamlı bulunmamıştır (p=0,269). İkinci grupta yeterli hissedenlerin oranı %11,5'den %22,9'a (p=0,0006) ve üçüncü grupta %13,1'den %20,4'e (p=0,005) doğru anlamlı yükselme görülmüştür.

İnfluenzada tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmede mezuniyette ve şu anda yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla, %29,2 ve %54,2, %25,0 ve %67,4, %26,4 ve %67,0 olarak belirlenmiş ve aradaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (her üç grup için p<0,0001). Kabakulakta yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta mezuniyette %12,2 ve şu anda %12,8 olarak hesaplanmış (p=0,118), ancak yeterli hissedenlerin oranı ikinci grupta %13,7'den %36,2'ye (p<0,0001), üçüncü grupta %13,2'den %31,7'ye (p<0,0001) yükselmiştir. Gruplar arasında mezuniyet anında oranlar arasında anlamlı farklılık olmamış, şu anda ise üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre daha fazla çıkmıştır (p=0,036). Difteride birinci grupta mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı %10,2 ve şu anda %14,9 olarak belirlenmiştir. Kısmen yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %28,6 ve şu anda %31,9 olarak belirlenmiştir. Bu gruptaki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,09). İkinci grupta yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette %10,0 ve şu anda 10,6 olarak belirlenmiş (p=0,056), üçüncü grupta ise mezuniyette %8,6 olan yeterli hissetme oranı şu anda %18,6'e çıkmıştır (p=0,0002). Alerjik reaksiyonlarda yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde artmıştır; %35,4'den %62,5'e (p=0,0001), %36,5'den %70,8'e (p<0,0001) ve %32,7'den ve %70,9'a (p<0,0001). Ürtiker ve anjioödemde de yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde artış göstermiştir; %14,3'den %44,7'e (p=0,0002), %26,9'dan ve %60,0'a (p<0,0001) ve %28,6'dan ve %62,7'e (p<0,0001). Gruplar arasında mezuniyet anındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değilken şu anda Grup 3'teki oran Grup 1'e göre anlamlı şekilde daha fazla olmuştur (p=0,027).

Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tedavi süreci yönetimi ve bilgilendirmesinde mezuniyette yeterli hissedenlerin oranı birinci grupta %18,4 ve şu anda %41,7 olarak belirlenmiştir (p=0,011). İkinci grupta %19,2 ve %44,7 (p=0,003), üçüncü grupta %19,08 ve %51,5 olarak belirlenmiştir (p<0,0001). Dislipidemide yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. grupta sırasıyla şu şekilde artmıştır; %10,2'den %31,2'e (p=0,0005), %11,8'den ve %34,8'e (p<0,0001) ve %11,3'den ve %59,2'e (p<0,0001). Gruplar arasında mezuniyet anında oranlar arasında anlamlı fark bulunmazken ve şu anda birinci ve üçüncü grup arasında (p=0,002), yine ikinci ve üçüncü grup arasında (p=0,01) anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Malnutrisyonda yeterli hissedenlerin oranı mezuniyette ve şu anda 1., 2. ve 3. gruplarda sırasıyla şu şekilde yükselme göstermiştir; %14,3'den ve %21,3'e (p=0,022), %7,7'den ve

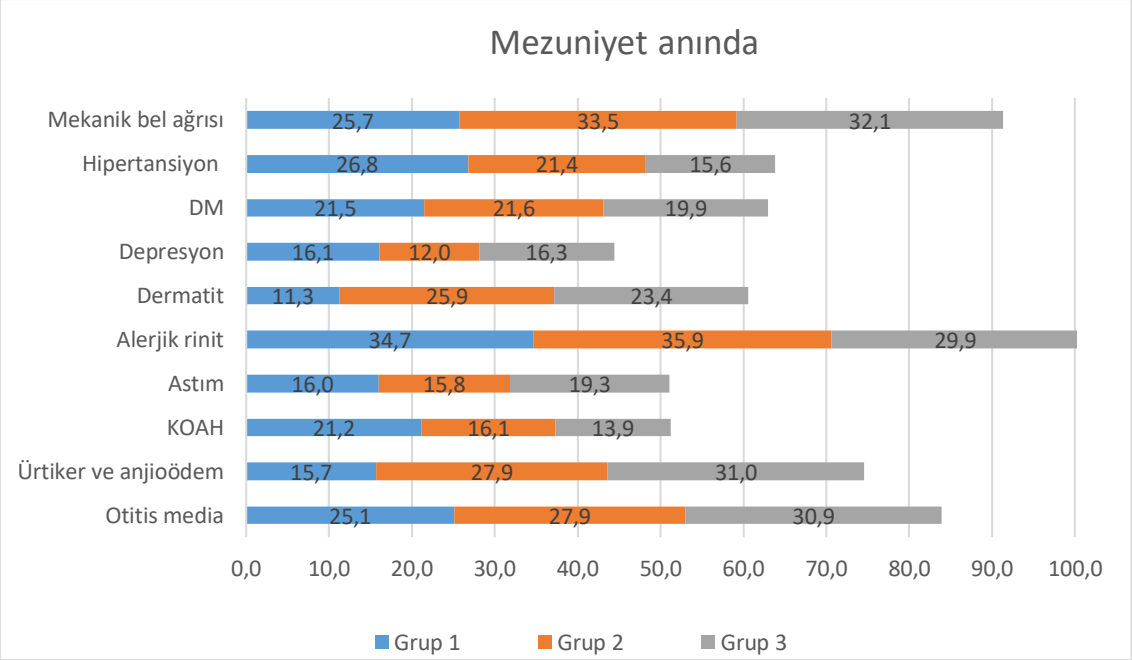
%13,6'ya (p=0,0001) ve %9,3'ten ve %26,2'ye (p<0,0001). D vitamini eksikliğinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %22,4'den şu anda %66,7'ye, Grup 2'de %25,0'den %70,2'ye ve Grup 3'te %28,0'den %85,4'e yükselmiştir (her üç grup için p<0,0001). Gruplar arasında mezuniyet anında anlamlı farklılık olmamış, şu anda ise üçüncü gruptaki oran birinci gruba göre anlamlı olarak daha fazla olmuştur (p=0,026). Dehidratasyonda 1., 2. ve 3. gruplardaki mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekilde artmıştır; %20,4'den %45,8'e (p=0,001), %26,9'dan %59,6'ya (p<0,0001) ve %24,1'den %55,4'e (p<0,0001).

Megaloblastik anemide birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %20,4'den şu anda %36,2'ye yükselmiş (p=0,006), Grup 2'de %11,5'den %44,4'e (p<0,0001) ve Grup 3'te %20,2'den %48,1'e (p<0,0001) yükselmiştir. İlaç yan etkilerinde her üç grupta da mezuniyette ve şu an arasında oranlarda anlamlı değişimler görülmüştür. K vitamini eksikliğinde birinci grupta mezuniyette yeterli hissetme oranı %10,2 ve şu anda %19,1 olarak belirlenmiş olup aradaki fark anlamlı çıkmamıştır (p=0,059). Grup 2'de %7,8'den %17,4'e (p=0,0002) ve Grup 3'te %11,3'den %2,8'e (p<0,0001) yükselme görülmüştür. Son olarak, taşıt tutmasında 1., 2. ve 3. gruplarda mezuniyetteki ve şu andaki yeterli hissetme oranları sırasıyla şu şekilde artış göstermiştir; %18,4'den %23,4'e (p<0,0001), %17,3'den %42,2'ye (p<0,0001) ve %18,1'den %33,3'e (p<0,0001). Mezuniyette ve şu anda üçüncü gruptaki oranlar birinci gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,0001).

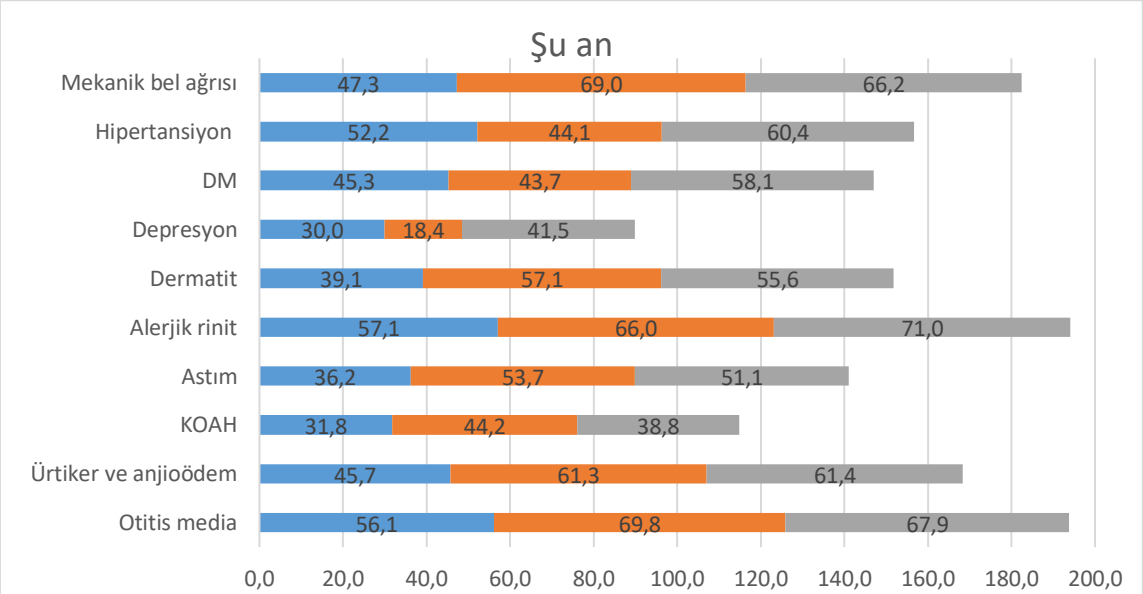
6.1.5. Türkiye'de en sık rastlanan başlıca hastalıkların değerlendirilmesi

Türkiye Sağlık Araştırması Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2022 verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri bireylerin geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunları sıralaması şu şekildedir: Bel ve boyun bölgesi problemleri, hipertansiyon, diyabet, alerji (alerjik rinit, dermatit), yüksek kan lipidleri, astım (alerjik astım dahil), arthrosis, depresyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner kalp hastalığı, Alzheimer (65 yaş ve üzeri için), idrar kaçırma, böbrek problemleri, miyokardiyal enfarktüs, karaciğer sirozu, yetmezliği, inme. Bulgular bölümünde son olarak bu alt başlık altında uzmanlık öğrencilerin sık görülen bu hastalıklarla ilgili yeterlik algıları bir arada ele alınmıştır. Bu hastalıklardan Ulusal ÇEP'de TT kodlu olan mekanik bel ağrısı, hipertansiyon, alerjik rinit, dermatit, ürtiker, diabetes mellitus, depresyon, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığına ilişkin bulgular yeniden sunulmuştur. Ayrıca aynı istatistik verilerine göre 0-6 yaş çocukların geçirdiği başlıca hastalıklardan üst solunum yolu enfeksiyonlarından otitis media da değerlendirilmiştir.

Öncelikle, aşağıda Şekil 6a'da, uzmanlık öğrencilerinin ülkemizde en sık görülen 10 hastalıkla ilişkili tıp fakültesinden mezun oldukları zamandaki tedavi planlamaya (uygun ilaç seçimi, reçeteleme, ilaç dışı tedavi ve tedavi sürecinin yönetimi/bilgilendirmesi) ilişkin yeterlik algılarına ilişkin yüzde dağılımları sunulmuştur. Daha sonra, Şekil 6b'de bu verilerin toplandığı uzmanlık eğitimlerindeki dönemler (şu an) esas alınarak öğrencilerin yeterlik algılarına yönelik dağılımlar gösterilmiştir.



Şekil 6a. Uzmanlık öğrencilerinin sık görülen hastalıkların tedavi planlamalarına ilişkin mezuniyet anındaki yeterlik algıları



Şekil 6b. Uzmanlık öğrencilerinin sık görülen hastalıkların tedavi planlamalarına ilişkin şu andaki yeterlik algıları

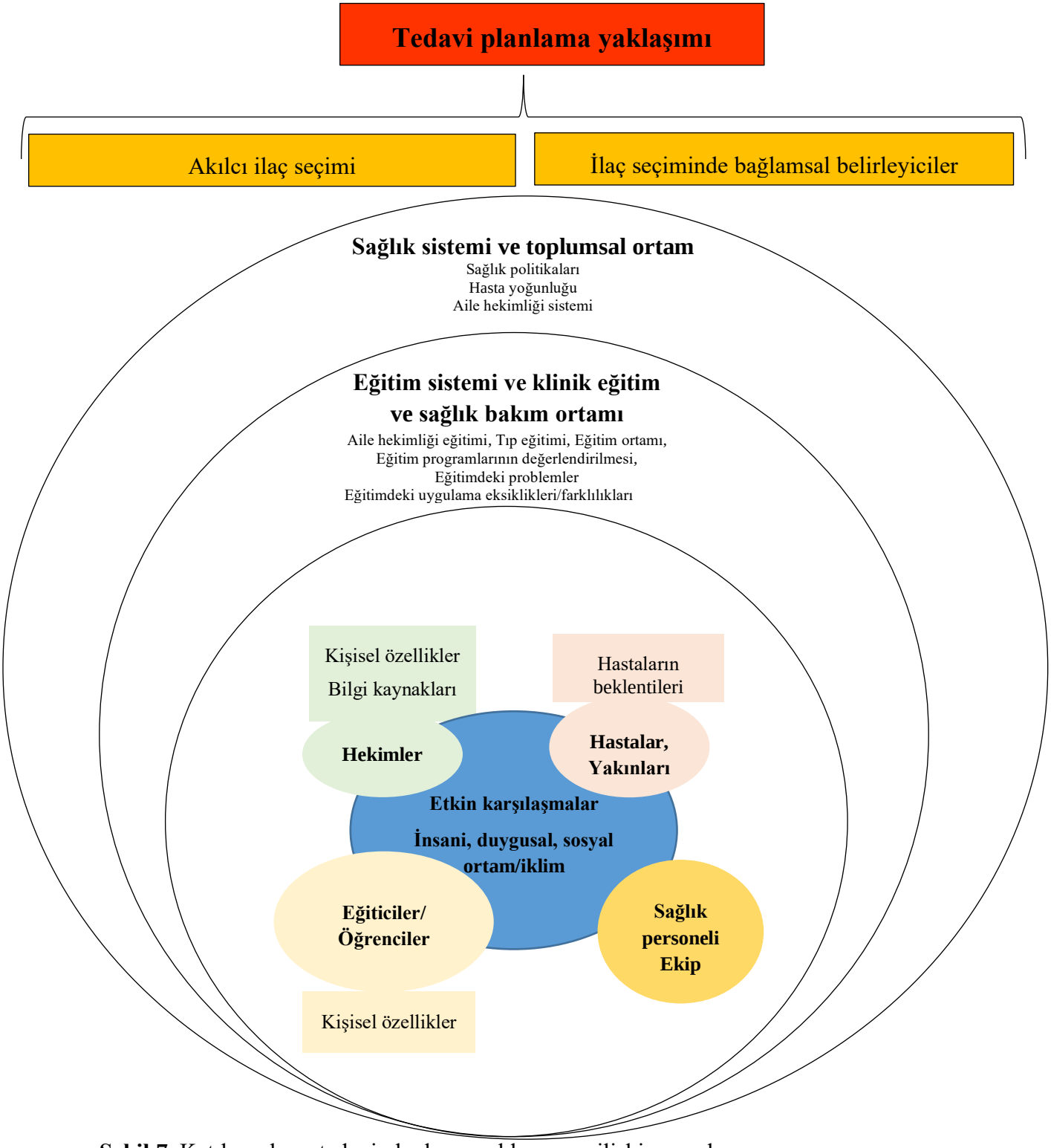
KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı; DM: diabetes mellitus

Üç grup tedavi planlamaya ilişkin yeterlik algıları açısından değerlendirildiğinde, mekanik bel ağrısında mezuniyet anında yeterli hissetme oranları birbirine yakın (%25,7- %33,5) iken bu oranlar, Grup 1'de %47,3, Grup 2'de %69,0 ve Grup 3'te %66,2'ye çıkmıştır. Hipertansiyonda mezuniyet anında yeterli hissetme oranları %15,6 ile %26,8 aralığında iken bu oranlar üç grupta da yükselerek Grup 1'de %52,2, Grup 2'de %44,1 ve Grup 3'te %60,4'e çıkmıştır. Diabetes mellitusta mezuniyet anında yeterli hissetme oranları birbirine yakın (%19,9- %21,5) iken bu oranlar, Grup 1'de %45,3, Grup 2'de %43,7 ve Grup 3'te %58,1'e çıkmıştır. Depresyonda da mezuniyet anında yeterli hissetme oranları birbirine yakın (%12,0- %16,3) iken bu oranlar, Grup 1'de %30, Grup 2'de %18,4 ve Grup 3'te %41,5'e çıkmıştır. Dermatit tedavisinde ise yeterli hissetme oranları 1., 2. ve 3. Gruplarda mezuniyet anında %11,3, %25,9 ve %23,4 iken bu oranlar şu anda %39,1, %57,1 ve %55,6'ya yükselmiştir. Alerjik rinit tedavi planlamasında mezuniyet anında yeterli hissetme oranları birbirine yakın (%29,9- %35,9) iken bu oranlar, Grup 1'de %57,1, Grup 2'de %66,0 ve Grup 3'te %71,1'e çıkmıştır. Astım tedavisini planlamada da yeterli hissetme oranları mezuniyet anında birbirine yakın (%15,8- %19,3) iken bu oranlar, Grup 1'de %36,2, Grup 2'de %53,7 ve Grup 3'te %51,1'e yükselmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mezuniyet anında yeterli hissetme oranları birbirine yakın (%19,9 - %21,5) iken bu oranlar, Grup 1'de %45,3, Grup 2'de %43,7 ve Grup 3'te %58,1'e çıkmıştır. Ürtiker ve anjioödemde yeterli hissetme oranları mezuniyet anında birinci grupta %15,7, %27,9 ve %31,0 iken şu anda birinci grupta %45,7'ye, ikinci grupta %61,3'e ve üçüncü grupta %61,4'e yükselmiştir. Otitis mediada yeterli hissetme oranları mezuniyet anında birbirine yakın (%25,1- %30,9) iken bu oranlar, Grup 1'de %56,1, Grup 2'de %69,8 ve Grup 3'te %67,9'a yükselmiştir. Bu bulgular uzmanlık eğitimine rağmen yeterlik algılarında hedeflenen düzeye tam olarak çıkılamadığını göstermektedir.

6.2. Tedavi Planlama ve Yürütme Süreçlerine İlişkin Bireysel Deneyimler ve Deneyimleri Etkileyen Faktörler

Bu bölümde ikinci ve üçüncü araştırma sorusu kapsamında Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine devam eden öğrencilerin ve bu eğitimde görev alan eğiticilerin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin bireysel deneyimleri ile ilgili, taraflarla yapılan birebir derinlemesine görüşmelerden elde edilen nitel verilerin bağlamsal analiz bulguları sunulmuştur. Derinlemesine görüşmeler, Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesindeki üniversitelerden 15 aile hekimliği asistanı ve 12 aile hekimliği eğiticisi ile yapılmıştır. Ayrıca verilerde çeşitleme sağlamak amacıyla 10 intörn hekim ile de görüşülmüştür.

Yapılan bağlamsal analizlerde toplamda 58 koda ulaşılmış olup bu kodlar üzerinden her bir grup için tema ve alt temalar elde edilmiştir. Nitel verilerin bağlamsal analizleri sonunca hekimlerin tedavi planlama yaklaşımına ilişkin genel çerçeve, bu yaklaşımının oluşmasında belirleyici olan etkenlerle birlikte Şekil 7'de verilmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların tedavi planlama yaklaşımına ilişkin genel çerçeve

6.2.1. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri

6.2.1.1. Katılımcı özellikleri

Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden yedi ayrı üniversitede aile hekimliği uzmanlık eğitimine devam etmekte olan toplam 15 kişi ile görüşüldü. Katılımcıların 1'i Dokuz Eylül Üniversitesi, 3'ü Atatürk Üniversitesi, 1'i Çukurova Üniversitesi, 2'si Dicle Üniversitesi, 2'si Hacettepe Üniversitesi, 3'ü Marmara Üniversitesi ve 3'ü de On Dokuz Mayıs Üniversitesi uzmanlık öğrencilerinden oluşmakta idi. Ortalama eğitim süreleri 2,5 yıl olan katılımcıların %80'i (n=12) kadın, %20'si (n=3) erkekti (Tablo 31).

Tablo 33. Katılımcıların özellikleri

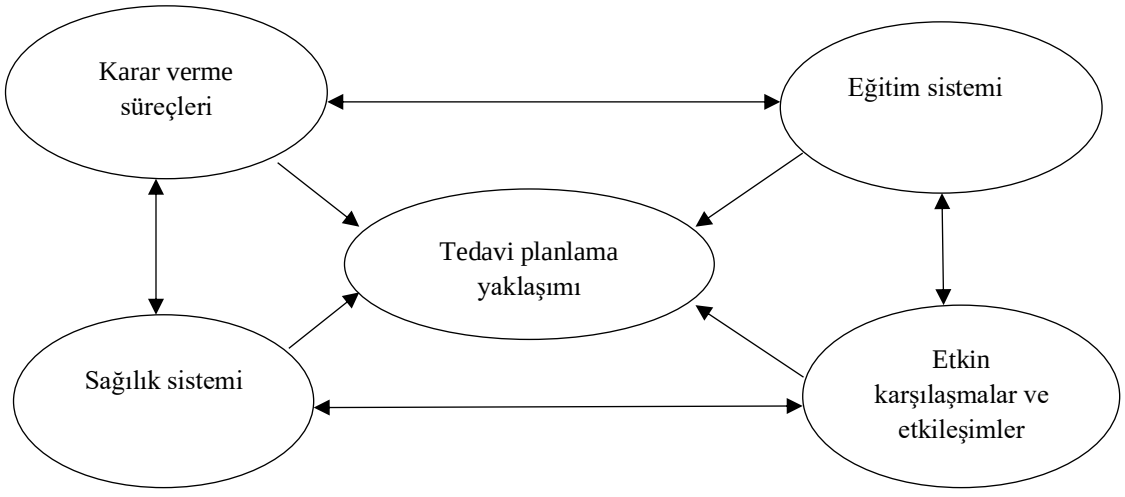
Katılımcı	Cinsiyet	Asistanlık yılı	Üniversite
Katılımcı 1	Kadın	1,5 yıl	Dokuz Eylül Üniversitesi
Katılımcı 2	Kadın	3 yıl	Atatürk Üniversitesi
Katılımcı 3	Kadın	3 yıl	Atatürk Üniversitesi
Katılımcı 4	Kadın	3 yıl	Atatürk Üniversitesi
Katılımcı 5	Kadın	2,5 yıl	Çukurova Üniversitesi
Katılımcı 6	Kadın	3 yıl	Dicle Üniversitesi
Katılımcı 7	Kadın	3 yıl	Dicle Üniversitesi
Katılımcı 8	Erkek	2 yıl	Hacettepe Üniversitesi
Katılımcı 9	Kadın	1 yıl	Hacettepe Üniversitesi
Katılımcı 10	Kadın	3 yıl	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 11	Erkek	2 yıl	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 12	Kadın	2 yıl	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 13	Kadın	2,5 yıl	19 Mayıs Üniversitesi
Katılımcı 14	Kadın	3 yıl	19 Mayıs Üniversitesi
Katılımcı 15	Erkek	3 yıl	19 Mayıs Üniversitesi

6.2.1.2. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama deneyimleri

Derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin bağlamsal analiziyle toplam 53 koda ve "sağlık sistemi", "eğitim deneyimleri", "karşılaşmalar", "karar verme süreçleri" ve "tedavi planlama yaklaşımı" olmak üzere 5 ana temaya ulaşıldı (Tablo 32). Uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama yaklaşımının oluşmasında belirleyici olan durumlar Şekil 8'de görselleştirildi.

Tablo 34. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama deneyimlerine ilişkin ana tema ve alt temalar

Ana temalar	**Alt temalar**
1. Sağlık sistemi	Sağlık politikaları ve sistemsel sorunlar Aile hekimliği sistemi ve yetersiz/eksik deneyim Hasta yoğunluğu ve sağlık bakım niteliğinde düşme
2. Eğitim sistemi	Yetersiz/uygun olmayan tıp eğitimi uygulamaları Uzmanlık eğitim süreci İşlevsiz rotasyonlar Özellikli eğitim ortamı ve danışmanlık
3. Etkin karşılaşmalar ve etkileşim	Hastayla etkin iletişim ve sürece katma Yetersiz eğitici karşılaşmaları/danışmanlığı
4. Karar verme süreçleri	Kişisel özellikler İkilemler, arada kalmalar Bilgi kaynakları Görerek yapma
5. Tedavi planlama yaklaşımı	Tedavi planlama süreci Akılcı ilaç seçimi Yeterlilik durumu



Şekil 8. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama yaklaşımının oluşmasında belirleyici olan durumlar

Sağlık sistemi

Nitel verilerin bağlamsal analizi sonucunda, uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin yaklaşımların oluşumunda belirleyici olan ilk tema sağlık sistemi olarak belirlendi. Sağlık sistemi ana teması altında; "Sağlık politikaları", "Aile hekimliği sistemi" ve "Hasta yoğunluğu" olmak üzere üç alt temaya ulaşıldı. Aile hekimliği asistan hekimlerinin tedavi planlama yaklaşımlarını etkileyen bu alt temaların şu şekilde betimlendiği görüldü.

Sağlık politikaları ve sistemsel sorunlar: Sağlık sistem ana teması altında "sağlık politikaları" ilk alt tema olarak karşımıza çıktı. Sağlık politikalarında özellikle ilaçların SGK tarafından ödenip ödenmemesinin, geri ödeme durumunun olup olmamasının, bazı ilaçların Türkiye'de bulunmamasının asistanların tedavi yaklaşımlarını etkilediği, özellikle ilaç seçimi üzerinde ciddi şekilde belirleyici olduğu görüldü.

"Biz aile hekimleri olarak bir ilaç yazma konusunda çok sıkışığız, belli ilaçlara mağdur edilmiş durumdayız. Başka bir seçeneğin daha iyi olacağını düşünecek bir seçeneğimiz olmuyor. Mesela birçok ilacın eczanelerimizde olmadığını düşünüyorum. Augmentin yazıldıktan sonra hasta geri döndüğünde yazılacak ilaçların birçoğu yok ya da yan etkileri fazla. Yani ben klaritromisin yazmak istemiyorum mesela Augmentin işe yaramayan hastaya. Çünkü ne bileyim bir kalp var rahatsızlığı var mı bilmiyoruz. EKG çektirmemiz gerekiyor QT intervali belki kısa gelecek belki uzun gelecek bilemiyoruz. Bunun riskini almak kolay değil, yani klaritromisin yazmak kolay değil bence. Mesela pen-os yazmıştım bir hastaya Augmentin işe yaramadığı için ama dediler ki kalktı Türkiye'de yokmuş. Türkiye'de pen-os şu anda yok bunu tartışmak beni çok zorluyor bu durumla karşılaşmak biraz sinirimi bozuyor açıkçası." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

"SGK'nın ödediği ilaçları tercih ediyorum. Eğer bu ilacı yazmam gerekli ise hastaya mutlaka bildiriyorum. Eğer karşılayabileceksen yazıyorum diyorum. Bazıları işte ödeyemem hocam diyor ödemek istemiyor o zaman daha farklı formlar tercih edebiliyoruz. Mesela gargaraların çoğu geri ödemeden çıktı. Sanırım bir iki tane formu kaldı ödenen. Yani ihtiyacı da varsa geri ödemesi olanları tercih ediyorum." (Katılımcı 7, Dicle Üniversitesi)

Aile hekimliği sistemi ve yetersiz/eksik deneyim: Derinlemesine görüşmelerde aile hekimliği sisteminde sağlık bakımın daha bütüncül bir yaklaşımla ele alındığı, ancak uygulamada çeşitli nedenlerle tedavi planlamaya ilişkin deneyimlerinin eksik ve tedavi planlamaya ilişkin kazanımların eksik kaldığı belirlendi. Özellikle asistan hekimlerin primer tedavi başlamaktan çekindikleri ve aile hekimliği sisteminin daha çok hastaları sevk etmek üzerine kurulu bir sistem olarak çalıştığı katılımcıların çoğu tarafından vurgulanan bir konu idi. Bu durum hipertansiyon, diyabet gibi toplumda sık görülen kronik hastalıkların da dâhil olmak üzere birinci basamak

düzeyinde ele alınacak birçok klinik duruma ilişkin tedavisini planlamada asistanların yaşadıkları deneyimlerini sınırlamaktaydı.

"Aile Hekimliği bölümü gereği aslında diğer bölümlere kıyasla çok daha ayrıntılı bir plan yapılıyor hastalıklar konusunda. Yani ilaç yazıp, reçete yazıp, bunu sabah akşam kullanacaksın deyip göndermekle bitmiyor bizim işimiz. Birinci basamakta ve aile hekimliği eğitiminde kişi odaklı, kişinin sadece sağlık durumu değil, sosyal-psiko sosyal-kültürel durumuyla da beraber değerlendiriyoruz diyebilirim aslında." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

"Aile hekimliğinde şöyle bir avantajımız var acil durumlar nedir biz biliyoruz. Okul döneminde de pratisyenlik döneminde de acil yaklaşımı biliyorum. Aynı kimliği de benzer şekilde devam ettiriyorum eğer o anda o hastayı yorumlayamıyorsam o alandaki uzmanlık alanına sevk ediyorum. Çok sık olmuyor ama arada kaldığımda çok geniş bir yelpazede olduğumuz için sevk ediyorum. Bilgimin daha dar olduğu durumlarda, tedavi tam yönlendirmeyeceğim durumlarda sevk ediyorum." (Katılımcı 8, Hacettepe Üniversitesi)

"Ben genel bir eksiklik olduğunu düşünüyorum aslında aile hekimlerinde. Eğitim kaynaklı mıdır, kişisel bir şey midir bilemiyorum ama birçok konuda eksiklik oluyor yaklaşım konusunda bu hastaya böyle yaklaşılması mı doğrudur acaba falan dediğim çok oldu aile hekimi uzmanlarının sosyal mecralarındaki yorumlarında." (Katılımcı 10, Marmara Üniversitesi)

"Genelde raporlu ilaçlarını yazdırmaya geliyorlar sadece. Ben sadece diyabet hastası insülin kullanıyor mu yanında neler kullanıyor, düzenli kullanıyor mu, kanları varsa kanlarına bakıyorum, hastaya sadece bilgi veriyorum, senin şekerin son 3 aydır şu şekilde seyrediyor, ilaçlarını düzenli kullanıyor musun kullanmıyorsan belki bu ilaçlar sana yetmiyor ya da dozu düşük kalıyor istersen tekrar endokrinolojiye git şeklinde ya da tek kalem bir hipertansiyon ilacı kullanıyorsa ama hala şikâyeti varsa başım ağrıyor diyorsa kendimi geceleri kötü hissediyorum falan diyorsa o zaman demek ki senin bu tansiyon ilacın sana yetmiyor sen istersen kardiyoloğa git ilacının dozunu arttırır ya da iki tablete çıkarır iki ayrı ilaç olarak tedavi düzenler diye yönlendirme yapıyorum. Ben hiç primer hipertansiyon ilacı da yazmadım raporu da çıkarmadım, diyabet ilacı da yazmadım. Ben şu an mesela ultrason bilgim yok, mezun olursam ben büyük ihtimalle hiçbir gebeye bakmayacağım, hepsini sevk edeceğim kendimce gerekli bilgileri verip sevk edeceğim ben. Çünkü birinci basamakta dediğim gibi yönlendirme akut durumu tespit etme doğru yere doğru branşa sevk etme bizim işimiz." (Katılımcı 7, Dicle Üniversitesi)

"Aile hekimliğinde kıdemlilerde gördüğüm kadarıyla özellikle mesela dermatoloji gibi diğer bölümlerin esas olarak baktığı hastalıklarda bir yetkinlik yok. Hiç kimse kendisini yetkin görmüyor ve böyle eğreti bir şekilde yapılıyor tedaviler öyle hissediyorum. Pediatride mesela

hastayı daha çok sahiplenebiliyordu doktorlar ve kendinden emin bir şekilde hem yaşam tarzı ile ilgili değişiklikleri hem ilaç dışı tedavi önerileri daha güzel verebiliyordu diye düşünüyorum. Burada biraz eğreti kalıyor diye düşünüyorum tedaviler." (Katılımcı 9, Hacettepe Üniversitesi)
"İlaç başlayıp rapor çıkartarak tedaviye başlayamıyorum. Hocalar da bize yapın demiyor. İllaki mesela ilaç raporu çıkartmak gerektirir (bu durum) bilmiyor, daha önce yapmamış bazen. Çömez arkadaşlar bize soruyorlar, onu yap bunu yap diye söylüyoruz ama arkadaşlarda da bir güvensizlik var. Kardiyoloji polikliniği hemen iki kat altta. Ben başlamayayım da o başlasın şeklinde bir yaklaşım oluyor." (Katılımcı 14, 19 Mayıs Üniversitesi)

Hasta yoğunluğu ve sağlık bakım niteliğinde düşme: Hasta yoğunluğu ve hızlıca hasta bakma tedavi yaklaşımını doğrudan etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıktı. Hasta yoğunluğu nedeniyle hastaya yeterli vakit ayıramama, hastaya gerekli bilgilerin yeterince aktarılamaması gibi durumların meydana geldiği tespit edildi. Ayrıca hasta yoğunluğunun hastaların danışma olanağını da azalttığı katılımcılar tarafından belirtildi.

"*İşimiz insan sağlığı, önce zarar verme diyorduk ama artık önce zarar görme mantığına döndü bunun için gerçekten vakit olması önemli. "Hız öldürür" sözü gerçekten de bu, sadece araba için değil, araba sürerken değil, hasta bakarken de böyle. Arabayla 200 ile giderken nasıl etraf flu oluyorsa günde 100 hasta bakan hekimin gözleri de aynı şekilde flu görmeye başlıyor. O zaman bir insanın hayatına müdahale etmek kolay olmuyor. En ufak bir yanlış hamlede bir zarar verebiliriz, bir hayvana insana çarpabiliriz, duvara çarpabiliriz. Hastanede de bir hastanın sağlığına mal olmuş olabiliriz. Sonra bunun sonucunda da orantısız malpraktis ile karşılaşmış oluruz. Oysa birinci basamakta koruyucu hekimlik en önemlisi. Bunları anlatmak için vaktimiz çok olmuyor. Gerçekten bunlar için vakit gerekiyor."* (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

"Hasta yoğunluğu nedeniyle hocaya bir hasta danıştığımızda, bir poliklinikte mesela, hocalarımızla o hastayı bir saat tartışma durumumuz olduğu için bazen hocalara hasta danışmaktan çekiniyoruz. Çünkü bu kez diğer polikliniklerde hasta bitmiyor, daha sıkıntı oluyor, bir poliklinik kilitlenince bekliyorlar, öğlen arası uzuyor gibi durumlar oluyor. Yani bir tık daha hocalarımızın da daha böyle kısa yaklaşımları daha böyle muayene süresinin aslında bekleyen hastaları düşünerek yaklaşmaları daha iyi olabilir." (Katılımcı 12, Marmara Üniversitesi)

"*Çalıştığım ASM biraz hasta yoğunluğu bakımından çok sıkıntılı değil, günde 20 ile 25 arası hastamız geliyor, o yüzden yeterince vakit ayırıp hani bunlara da bakabiliyorum. Ya da hastaya öğleden sonra görüşelim tekrar, daha uzun bir vakitte diyebiliyorum. O süreçte bakıp geri dönme şansım olabiliyor. Ya da destek alabiliyorum Dahiliyedeki arkadaşlarımdan, bu süreci*

nasıl yönetelim diye. O yüzden benim için birazcık daha rahat oluyor. Belki 80-100 hasta gelse bunları çok daha zor yapabilirdim." (Katılımcı 5, Çukurova Üniversitesi)

Eğitim sistemi

İkinci ana tema olarak belirlenen "Eğitim sistemi" altında dört alt temaya ulaşıldı. Alt temalar; "Yetersiz/uygun olmayan tıp eğitimi uygulamaları", "uzmanlık eğitim süreci", "işlevsiz rotasyonlar" ve "özellikli eğitim ortamı ve danışmanlık" idi.

Yetersiz/ uygun olmayan tıp eğitimi uygulamaları: Eğitim sistemi ana temasındaki ilk alt tema mezuniyet öncesi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimdeki tıp eğitimi uygulamalarının yetersizliği ve uygun olmamasına yönelik idi. Katılımcılar almış oldukları tıp eğitiminin bireyden bireye farklılık gösterdiğini, temel yeterlikleri kazanmada yetersiz kaldığını ve bunun da dolaylı olarak tedavi yaklaşımlarını etkilediğini belirttiler. Eğitim etkinliklerinin bütüncül yaklaşım, anemnez alma, tanı ve tedaviye yönelik pratik eğitimler ve rehberlik odağında yürütülmediğini ifade ettiler. Eğitim hayatlarında anamnezin çok önemli olduğunu ancak bazı hekimlerin yeterince anamnez almadıklarını, fizik muayene ve tedavi planlamada eksiklerinin olduğunu farkında olduklarını söylediler.

"Ben hiç kimseden üniversiteden mezun olduğumda pratisyenliğe hazırdım dediğini duymadım. Mesela KBB stajında bize ÜSYE reçetesi öğretilmedi ama globus tümörleri falan öğretildi. Biraz tıp eğitiminin pratisyenliğe yönelik olması gerektiğini ve pratik reçetelerin derslere girmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda bence çok eksiğiz. Sık görülen hastalıkların tıp fakültesinde daha pratiğe yönelik tedavilerin öğretilmesi gerektiğini düşünüyorum." (Katılımcı 9, Hacettepe Üniversitesi)

"2-3 haftalık kurslar şeklinde kurslarımız oluyor. Tıp eğitimindeki gibi diyabet nedir gibi, küçük böyle, sunumlar eğitimler de oluyor ama onlardan ziyade açıkçası daha fayda sağlayan şey tedavide ilk basamak ne olmalı, hangi ilaçla başlayalım, dozu ne olsun. Birazcık daha tedaviye odaklı olunca daha verimli olduğunu düşünüyorum. Tıp fakültesinde birazcık geride kalmış gibi tedavi konusu. Aşamalı yol gösterilmesi benim için daha iyi oldu eğitimlerde." (Katılımcı 5, Çukurova Üniversitesi)

"Aile hekimi olarak hastalardan daha detaylı anamnez alıp onların sıkıntılarını giderebilmek için bu branşı seçtim. Çok büyük sıkışıkları olmadığı için ben hastaya yeterli vakit ayırabiliyorum. Ben sıkıntı yaşamadım ama çalışacağım yerde çok nüfusu olur, o zaman durum o zaman ne olur bilemiyorum." (Katılımcı 8, Hacettepe Üniversitesi)

"Anamnez alırken hastanın sadece sağlık durumu değil işte kimlerle yaşadığı, meslek sorgulaması, psikolojik durumu, hayattan beklentileri, hastalığı ile alakalı bildikleri, hastalığı ile alakalı beklentileri, hastalığı ile alakalı nasıl bir tedavi istediği bunlarda aslında tedavinin

bir parçası, aslında hatta çok önemli bir parçası. Çünkü bir tansiyon ilacını, siz ne kadar doğru ilaç yazarsanız yazın, o hasta o ilacı sevmezse kullanmıyor ve hiçbir şekilde tedavi edememiş oluyorsunuz hastayı." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

"Şu bir gerçek anamnez almayı bilmeden öğrenmeden mezun olan arkadaşlar var. Bu bir gerçek. Mesela ben de bazı durumlarda sorguluyorum, bazılarında sorgulamıyorum, hastanın o konudaki durumuna göre tamamen geliş şikayeti ile alakalı olarak sorguluyorum. Bitkisel ürünlerle ilgili de sıkıntı olduğu için şüphelenirsen soruyorsun. Ben rotasyondayken çocuk nefroloji hocası bana gelip şunu diyordu. O kadar ayrıntılı anamnez alma. Hocam ne yapayım diyordum. Çok uzun anamnez alıyorsun, çok uzun hasta bakıyorsun diyordu. Ben biraz geç çıkıyordum. Ama bu durumdan hoca rahatsız oluyordu. Kısa anamnez al diyordu. Hocam ben ancak bu kadar hızlanabiliyorum diyordum. Daha hızlı olursa benim içim rahat etmiyor diyordum." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

Uzmanlık eğitim süreci: Aile hekimliği uzmanlığı eğitim süreci alt temasına bakıldığında eğitim sürecinin genel olarak üniversiteler arasında benzer öğrenme yöntemleriyle yürütüldüğü ve daha çok kişinin ilgi ve motivasyona bağlı olduğu tespit edildi. Her üniversitenin uzmanlık eğitimi sürecinin makale saatleri, seminer saatleri, hoca seminer sunumları, ders anlatımları ile geçtiği görüldü. Katılımcılar eğitimlerden genel olarak memnun olduklarını, alınan eğitimin, öğrenenin gösterdiği ilgiye göre bireyden bireye fark edebildiği belirttiler.

"Kişisel gelişim, kendini geliştirmek, eğitimi derinleştirmek biraz kişi odaklı kişiye bağlı." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

"Bence bu kişiye bağlı biraz. Bazı asistanlarımız çok iyi. Bu eğitimi alıyorlar kendilerini yetiştiriyorlar kadın doğum hastasına da bakıyor kadın hastaya da bakıyor gebe hastaya da bakıyor pediatrik hastaya da bakıyor, kronik hastaya da bakıyor, gerekirse yatırıyor." (Katılımcı 7, Dicle Üniversitesi)

"Mesele arka planda kalıyor onlara çok yoğunlaşmayınca asistanlık dönemi boyunca ya bu hastalığın üstüne düşmüyoruz, işte tedavisini öğrenmiyoruz. Yani bizimle de alakalı olduğunu düşünüyorum biraz, sadece eğitim değil." (Katılımcı 10, Marmara Üniversitesi)

İşlevsiz rotasyonlar: Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 1,5 yılının rotasyonlarda geçtiği düşünüldüğünde rotasyonlar asistanların eğitim hayatını en çok etkileyen durumlardan biri olarak göze çarpmakta idi. Rotasyonlar sırasında asistan hekimler gerekli rotasyonları yapamadıklarından, rotasyonlarda eğitim yerine işe koşulduklarından, poliklinikler yerine servislerde ara eleman gibi görüldüklerinden, gereksiz iş yüklerinin olduğundan ve bu nedenlerle rotasyonlarda kazanabilecekleri yeterlikleri kazanamadıklarından bahsettiler.

"*Mesela onkolojide serviste hasta takibi yapabiliyoruz ki sonuçta ben aile hekimiyim onkoloji hastasını niye takip edeyim serviste (gülüyor). Yani ara eleman gibi çok kullanılıyoruz gerçekten. Her şeyle ilgilenmemizin verdiği bir durum bu galiba, geniş perspektiften baktığımız için…"* (Katılımcı 1, 9 Eylül Üniversitesi)

"Rotasyonlarımız genelde kliniklerde, servislerde açığı kapatmak için oluyor. Mesela bir aile hekimi asistanının yeterliklerini düşünerek değil de mesela pediatride asistan sayısı az o zaman serviste biraz daha aile hekimi çalıştıralım gibi. Genelde zaten servis rotasyonu yapıyoruz, poliklinik göremiyoruz rotasyonlarımızda. Daha net sınırları olmalı bence rotasyonların, en azından ben öyle düşünüyorum." (Katılımcı 4, Atatürk Üniversitesi)

"Rotasyonlar birazcık geride kalıyor açıkçası, beklentileri çok karşıladığını düşünmüyorum. Endokrinoloji yapıyoruz, 2 ay çok fazla, verimli geçirdiğimi düşünmüyorum. Çünkü serviste çalışıyoruz. Poliklinikte bir hasta yönetimi görmüyoruz ya da serviste her zaman çok istediğim bir hastalığa denk gelmeyebiliyoruz ya da bölümün işleyişi birazcık şey olabiliyor, bu konuda senin orada eğitimde olduğun değil de bugün buradaki iş görülsün falan gibi düşüncelerde olabiliyorlar." (Katılımcı 5, Çukurova Üniversitesi)

"Biz başka bölümün asistanı olarak çalıştırılıyoruz. Böyle bir durum var aile hekimliğinde. Başka bölümün asistanı gibi çalışıyorsunuz. Hocalarımız da müdahil olmuyor." (Katılımcı 7, Dicle Üniversitesi)

"Bölümlerde de oranın çömez asistanı gibi içlerine giriyoruz. Daha samimi bir ortam oluyor bu, yerine göre çok değişen bir durum. Ama asistanlık eğitimimiz genel olarak rotasyonlar dâhil edilince gerçekten zor geçen bir eğitim. Yerine göre onların kendi en çömez asistanları ile birlikte çalıştığımızda onlardan daha çok çalıştığımız yerler bile oluyor." (Katılımcı 12, Marmara Üniversitesi)

"Hiç polikliniğe gitmiyoruz. Hiç Dahiliye hastası görmeden servislerde ayak işi yaparak 4 ay daire rotasyonu geçiriyoruz. Yani yapılacak olan diyabet takibi, hipertansiyon takibi gibi aile hekimi olarak yapmamız gereken işler öğrenilmemiş oluyor." (Katılımcı 14, 19 Mayıs Üniversitesi)

"Aile hekimi olarak ben hiç servis takibi yapmayacağım halde rotasyona gittiğim branşta orada işler yürüsün, çatlağı yürütsün, döndürsün mantığı olduğu için asistanlar kan ağlıyor." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

Özellikli eğitim ortamı ve danışmanlık: Katılımcıların tümü eğitim ortamlarının uygunluğunun eğitimi etkilediğini belirttiler. Bu noktada özellikle, eğitim ASM'leri, özellikli poliklinikler ve buralarda danışabilecekleri eğiticilerin/uzmanların bulunması ön plana çıktı. Özellikle eğitim ASM'nin olmaması aile hekimliği uzmanlık eğitiminde en önemli unsurlardan biri olarak

karşımıza çıktı. Üniversite bazında bakıldığında görüşülen üniversitelerden sadece Dicle Üniversitesinde eğitim ASM olmadığı tespit edildi.

"Bizim eğitim ASM'miz var. Orada 4 ay hasta bakıyoruz primer. Onun dışında yardımcı yazıldığımız oluyor, yardımcı olurken öğreniyoruz. Primerde de desteğe devam ediyoruz, kendi yönetimimizi ayarlıyoruz. İşte orada bunu yaptığı için ASM yönetimini bilerek gidiyor o yüzden de problem yaşanmıyor." (Katılımcı 1, 19 Eylül Üniversitesi)

"İlk yılıma göre birazcık da ASM'lere başladıktan sonra özellikle birazcık daha bu konuda yetkinliğimin arttığını düşünüyorum." (Katılımcı 5, Çukurova Üniversitesi)

Eğitim ASM'si olmayan Dicle Üniversitesinden bir katılımcı eğitim ASM'nin önemini şu sözlerle aktardı:

"Aile hekimliğinde özellikle ASM eğitiminde özellikle dışarıdan belirli bir nüfusa bağlı hastaları bakmanın faydası olacağını düşünüyorum. Çünkü Aile Hekimliği polikliniğine her türlü her hasta geliyor, tetkik yaptırmak istediğinde, birileri personel ilaç yazdırmak istediğinde vesaire başvuruyor. Bizim branşın özellikle eğitim ASM'lerinin başka bir yere bağlı olmayan bir nüfusun eğitim ASM'ye bağlamanın faydalı olacağını düşünüyorum" (Katılımcı 6, Dicle Üniversitesi)

Ancak bir katılımcı eğitim ASM'de eğer danışacak bir uzman olmazsa pratisyenlikten farkı olmadığını da şu şekilde belirtti:

"Pratisyenken aile hekimliği yaptığınızla bir farkı yok eğitim ASM'nin. Eğitim ASM dediğimiz yere gidip yine aynı şekilde kendi başınıza mücadele veriyorsunuz. Bir şey danışmak istediğiniz zaman rahatlıkla bir uzmana ulaşamıyoruz, bir uzmanımız falan yok çalışan ASM'de." (Katılımcı 4, Atatürk Üniversitesi)

Yine aile hekimliği uzmanlık eğitimi için asistan hekimlerin özellikli polikliniklerde çalışarak eğitim alması gerektiği belirtildi.

"Bizim bölümümüzün ayrı bir sigara bırakma Polikliniği olsa. Teorikte bir şeyler görüyoruz ama ben hastaya direkt sigara bırakma ile ilgili bir tedavi notlarıma bakmadan başlayamam. Aile hekimlerinin baktığı obezite polikliniği olursa, bizim zaten işimiz koruyucu hekimlik olduğu için bu çok önemli. En önemli konulardan biri de beslenme ile ilgili hiçbir şey bilmiyoruz. Bizim gibi aile hekimliği uzmanları için birinci basamak hekimler için en önemli hastalıkların yaşam tarzı değişikliği ile ilgili olan kısımlarını yapabilmek için yeterli olup olmamam önemli bir husus. Örneğin diyabet hastasına şekerli yeme demekten fazla söyleyecek şeylerimizin olması lazım. Örneğin annem ablam kanser hastası çıktı ben kanserden nasıl korunabilirim diye sorduğunda tarama dışında hastaya bazı şeyleri söyleyebilecek şeylerimizin de olması lazım.

Koruyucu hekimlik adına hiçbir eğitim almıyoruz. Sadece sigara bıraktırma ile ilgili eğitim alıyoruz ama o bile bence yeterli değil." (Katılımcı 14, 19 Mayıs Üniversitesi)

"KBB rotasyonu zorunlu değil ama ben gönüllü olarak gittim aldım, orada poliklinik yaptım 1 ay boyunca. O nedenle kendimi iyi bir şekilde yetişmiş hissettim. Ben o zaman tabii mutlu da hissettim, çünkü uygulayabileceğim bir bilgi aldım ama aynısını bir Dahiliyede alamadım, bir kardiyoloji de alamadım göğüste alamadım. Bu da beni üzüyor. Çünkü yarın öbür gün sahaya çıktığım zaman gelen astımlı hastayı nasıl yöneteceğim." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

Araştırma pandemi sürecine denk düştüğü için, eğitimde pandeminin etkisi de katılımcılar tarafından vurgulanan bir diğer konu idi. Zaten 3 yıl olan ve 1,5 yılı rotasyon ile geçen aile hekimliği uzmanlık eğitiminin COVID dönemine denk gelmesiyle katılımcılar yeterli eğitim alamadıklarından yakındılar.

"COVID bizi engelledi diye düşünüyorum. Toplamda 6 ayım kayboldu. Aslında benim uzmanlığımı çok engelledi. Hiç eğitim alamadım aynı zamanda rotasyona gittim çok az hasta vardı poliklinikte o yüzden birçok rotasyonum boşa geçti. Normalde endokrin rotasyonunda diyabet konusunda çok fazla bilgi kazanmam gerekirken ben doğru düzgün hasta görmedim. Çünkü COVID döneminde hasta gelmedi hastalar sınırlandırıldı sayısı ve randevu sayısı azaltıldı." (Katılımcı 8, Hacettepe Üniversitesi)

"COVID sürecinde çok çok ön plana atıldık. Kendi birimimde çalıştığım bir buçuk yıllık sürede 18 ayımı bitirdim, 19 aylık asistanım dersek ilk defa bu COVID bitiminin şu son dönemlerinde aile hekimliğinde çalışmaya başladım. Ya COVID serviste çalıştım ya COVID acilde çalıştım, gündüz poliklinik gece nöbet işte serviste zaten tüm gün nöbetler." (Katılımcı 12, Marmara Üniversitesi)

"Pandemi dönemine denk geldik. Bizim eğitimimiz yeterli değil, bu bizim bölümümüzle ilgili değil Türkiye ile ilgili bir durum." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

Etkin karşılaşmalar ve etkileşim

Nitel verilerin analizi ile ortaya çıkan üçüncü tema olan "Etkin karşılaşmalar ve etkileşim" ana teması altında "Hasta ile karşılaşma ve etkin iletişim" ve "Eğitici ile karşılaşmalar" alt temaları göze çarptı.

Hastayla etkin iletişim ve sürece katma: Hasta ile karşılaşmalar alt temasına baktığımızda asistan hekimlerin eğitim süreçleri boyunca hasta ile birebir iletişim halinde oldukları bu süreçlere hastaları dâhil etmeye çalıştıkları ve iletişimin iyi bir şekilde gerçekleştiğinde tedaviyi ortak bir karar çerçevesinde planladıkları tespit edildi.

"Bazı hastalar polikliniğe geldiği anda istedikleri şey aslında ilaç oluyor. Gerçekten böyle hastaları kabullendirmek, ilaca ihtiyacı olmadığını söylemek çok zor oluyor bizim açımızdan.

Her zaman hastalığı tabii ki anlatmaya çalışıyoruz ama hastaya faydasının yani dokunabileceği zararının olmadığı bazı ilaçları başlarken daha çok hastaların görüşlerini önemsiyoruz." (Katılımcı 12, Marmara Üniversitesi)

"Uygun bir dille hastaya anlatıyorum şöyle bir oluyor bazı hastaya bir sürü semptomatik tedavi verilmiş oluyor. Bir sürü ağrı kesici verilmiş oluyor, her birine farklı ilaç iyi gelmiş oluyor. Her hastanın farklı tepki vermesini enzim sistemi farklı olduğu için, hasta onun istediği zaman eğer ondan fayda görüyorsa dikkate alıyorum ama asla antibiyotik istiyoruz da, antibiyotik istiyoruz diye vermiyorum. Neden vermediğimi ideal güzel bir şekilde anlatıyorum. Sizde düşündüğüm hastalığın bir mikropların virüslerin neden oldu bakteriler, yararlı bakterileri antibiyotikleri öldürür bağırsağındaki diyorum, o zaman hastalar ikna oluyorlar, çoğu hasta ikna oluyor" (Katılımcı 14, 19 Mayıs Üniversitesi)

"İnsanlar iyi bir iletişimde çok kolay bir şekilde manipüle edilebiliyor. Hastanın yanında telefon görüşmesi yaptım ama nasıl yaptım, annesi bu daha çok küçük bir çocuk, küçük çocuklara böyle kolay kolay ilaç başlayamıyoruz, yetişkin olsa direkt ilacını yazarız, ... olsa kullanabiliriz erişkinde. Ama bu çok küçük, çocuk olduğu için bunlarda doz ayarlamamız gerekiyor ve açıkçası bu kadar küçük çocuğu ben daha önce gözü nedeniyle muayene etmedim, o yüzden bir hocama danışayım. Ona danışıp tedaviye başlarsam çok daha etkili olacağını düşünüyorum dedim. Ben ona bu şekilde açıklayınca o da mutlu oldu tabii ki" (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

"Genelde hastalar ile beraber karar veririz, tedavi durumlarında ben böyle düşünüyorum derim çünkü bunlar yüzünden ama hani ve bu konuda da hastaların hiçbir zaman yanlış anladığını görmedim. Burada biraz karşılıklı niyet önemli. Ben hastanın hastalığını anlamışım, sorunu çözmeye çalışıyorsam niye bana karşı çıksın hasta." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

Analizlerde hasta ile karşılaşma durumlarında özellikle hasta taleplerinin de ön planda olduğu görüldü.

"Genelde hastanın beklentisi hastanın tedavisinin ne şekilde olabileceği önemli. Medikal tedavi oluyor mu, alternatif tedaviler oluyor mu, ya da hastanın kendi kendine halledebileceği konular var mı? Yaşam tarzı değişikliği ile halledebilecek miyiz? Bunu hasta ile görüşüp ne kadarını hastaya kabul ettirebiliyorsam ona göre oluyor." (Katılımcı 3, Atatürk Üniversitesi)

"Birazcık onların da fikrini alırım mutlaka, ne yapmak istiyorlar nasıl kullanmak istiyorlar, oral bir şey mi kullanmak istiyorlar, yani onları da sürecin içine dahil ederek onların istekleri doğrultusunda öyle bir süreç izliyoruz genelde." (Katılımcı 5, Çukurova Üniversitesi)

"Antibiyotik kullanan hastaları ikna etmek mümkün değil. Belki basit bir ÜSYE ama antibiyotik olmadan geçmeyeceği konusunda ısrar ettiği için ısrarla yazmamak konusunda direnseк bile ya gel geçmezse, gel bakalım, bir daha bakalım yazalım diyoruz. Bu ikna süreci tamamen hekime göre değişiyor, ya hakikaten kavga boyutuna ulaşabiliyor, sözel şiddet boyutuna ulaşıyor, fiziksel şiddet olayları da var, böyle sorun çıkan aile hekimlikleri de var. Hasta zaten antibiyotiği almış oluyor eczaneden. Bize sadece reçete ettirmek için gelebiliyor bunu yazdırmak için daha çok baskı yapıyor." (Katılımcı 6, Dicle Üniversitesi)

"Tedavi öyle kendimiz evet bu senin ihtiyacını al bunu falan değil de, beraber oturup konuşarak seçenekleri yani yapabildiğimiz kadar aslında. Çok da şey olmuyor bu randevu sisteminde, hızlı hızlı hasta bakarken çok kolay olmuyor bunu yapmak. Ama yapmaya çalışıyoruz bunu gerçekten. Hasta ile beraber karar veriyoruz. Onun bizden beklentisi isteği doğrultusunda şeyleri yapıyoruz. İlacı kullanmasına yönelik ne bileyim tedavisini yapmasına yönelik tabii ki de beklentisi önemli" (Katılımcı 10, Marmara Üniversitesi)

Yetersiz eğitici karşılaşmaları/danışmanlığı: Etkin karşılaşmalar ve etkileşim ana temasının bir diğer alt teması sağlık bakım süreçlerinde eğitici ile karşılaşmaların ve alınan danışmanlığın yetersizliği ile ilgili idi. Asistanlar eğitim süreçleri boyunca eğiticilerden ders alıyorlar ve herhangi bir problemle karşılaştıklarında onlara danışmak istiyorlardı. Bu karşılaşmalarda katılımcılar için göze çarpan en önemli şey eğiticilerin kendilerini yeterince güncellemedikleri ve aktif olarak polikliniklerde yer almayıp hasta görmedikleri için gerek hasta ile ilgili gerekse de sistem ile ilgili danışıldığında probleme uygun çözüm üretemedikleri yönünde idi.

"Aile hekimliği eğitiminde de haftalık eğitimlerimiz oluyor, hani hiçbir şekilde arada verilmedi zaten yaz tatilinde. Eğitimlerimiz güzel geçiyor sadece şöyle bir sıkıntı oluyor. Mesela hocalarımız çok aktif polikliniklerde olmadıkları için yeni tedavi yaklaşımlarında biraz daha eksik kaldıklarını düşünüyorum. Eğitim, araştırma işte bilimsel çalışmalar konusunda bizi çok yönlendiriyorlar ama işte tedavi yaklaşımları, hastalara yeni çıkan bir şey olabilir ya da daha güncel şeyler konusunda klinik olarak eksik kaldıklarını düşünüyorum." (Katılımcı 12, Marmara Üniversitesi)

"Dicle Üniversitesi rotasyonları kesinlikle rahat olmayan bir üniversite, zorlayan bir üniversite. Aile Hekimliği asistanları olarak primer kendi asistanları gibi çalışıyoruz, hemen hemen bütün rotasyonlar için söylüyorum. İsteyen için gayet de verimli geçiyor. Hocalarımız zaten o bölümün asistanı, diyor 4 ay boyunca bizimle hiçbir alakanız yok, orada kim ne diyorsa onu yapacaksınız diyorlar. Çok müdahil olmuyorlar o rotasyondaki süreçlere, yaşadığımız sıkıntıları vesaire. Çok da karışmıyorlar onlara. Bizi onlara teslim ediyorlar yani." (Katılımcı 7, Dicle Üniversitesi)

"Hocalarımızdan bir tanesi sağ olsun çok yardımcı olmaya çalışıyor. Ama onlar da uzun zamandır aile hekimliği yapmadığı için mesela özellikle sağlık raporları konusunda vesaire artık bize yardımcı olamayabiliyorlar." (Katılımcı 4, Atatürk Üniversitesi)

Karar verme

Dördüncü ana tema uzmanlık öğrencilerinin tedaviye yönelik karar verme süreçleriyle ilgili idi. Karar verme süreçleri ana temasına bakıldığında "Kişisel özellikler", "İkilem", "Bilgi kaynakları" ve "Görerek yapma" alt temaları tedavi yaklaşımını direkt olarak etkileyen unsurlar olarak karşımıza çıktı.

Kişisel özellikler: Katılımcıların karar vermelerinde ortaya çıkan ilk alt tema uzmanlık öğrencilerinin kişisel özellikleri idi. Katılımcıların hayır diyememek, eğitim için meraklı olmamak gibi kişisel özelliklerinin tedavi kararı vermeyi etkileyen unsurlar içerisinde olduğu tespit edildi.

"Hastaya yaklaşım çok farklı olabilir, hayır diyememek mesela saçma bir bahaneyle geliyor sana, bir ilaç yazdırmak istiyor, orada hayır deyip onu kesip atabilen insanlar var gerçekten, hayran kalıyorum benim orada sıkıntım var. Birilerini kırmak istemiyorum. Ama aslında onun iyiliği için." (Katılımcı 1, 9 Eylül Üniversitesi)

"Hocama hayır demekte problemim var, yüzüm yumuşak olunca, bir de insanlar direk bir şeyler istiyor falan dedim. Zamanla dedi. Şu an yapacağın bir şey yok, koltuğa oturduğun zaman kendi otoriteni sağladığın zaman onu yaparsın dedi." (Katılımcı 6, Dicle Üniversitesi)

"Kişisel gelişim, kendini geliştirmek, eğitimi derinleştirmek biraz kişi odaklı kişiye bağlı." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

İkilemler, arada kalmalar: Karar verme aşamasında katılımcıların hepsi çeşitli ikilemler yaşadıklarından, arada kalabildikleri bahsettiler. Özellikle ilaç seçimi aşamasında bu ikilemlerin en üst düzeye çıktığını, bu tür durumlarda içgüdüsel karar verdiklerini, kararsız kaldıklarını veya rehberlere bakarak karar verdiklerini belirttiler.

"Genelde soğuk algınlığı ilaçlarında arada kalabiliyorum. Aslında biliyorum ne yazacağımı ama 2 ilaç da çok benzer birbiriyle. Hangisine yazacağıma tamamen içgüdüsel karar veriyorum açıkçası." (Katılımcı 1, 9 Eylül Üniversitesi)

"Diyabette falan özellikle oluyor. Hastanın hemoglobin A1C seviyesi 6,8 geldi. Daha önceden işte ben diyet yaptım düzelmedi diyor, yani yaşam tarzı değişikliği, tekrar bir denesek mi, ilaç başlasak mı, o durumda bazen arada kalabiliyorum. Birazcık klinik durumuna göre hem hastanın hem de artık sosyal durumuna göre bazen kararsız kalabiliyorum." (Katılımcı 4, Atatürk Üniversitesi)

"Yetişkin hasta ve yaşlı hastalıkları konusunda çok hâkim olmadığım için ikilem yaşıyorum. O zaman da işte kılavuzlardan falan destek alıyorum…" (Katılımcı 9, Hacettepe Üniversitesi)

"Mesela karın ağrısı ile geliyor hasta atıyorum yani işte dispeptik hasta zaten ilaç kullanıyor falan ama alarm semptomu yok sevk etmeye gerek yok e ben artık buna ne yazayım ne yazmalıyım. Ben mi eksiğim acaba ya da işte başka bir şey olmalı mı falan bu tarz şeylerde ben bir şey mi kaçırıyorum falan gibi şeyler olabiliyor bazen" (Katılımcı 10, Marmara Üniversitesi)

"Mesela şu ilaç ağrıyı daha az mı düşüyor bu daha mı iyi gelir baş ağrısına, bu sırt ağrısına mı daha iyi gelir özellikle hangi analjezik seçiminde çok arada kalıyorum ya da lokal tedavi sistemik tedavi bu konuda da çok arada kalıyorum, özellikle cilt hastalıkları konusunda. Bunun dışında ilaç seçiminde belli kılavuzlara göre hareket ettiğimiz için kronik hasta takiplerinde aslında belirli aşamalar olduğu için çok fazla orada arada kalmıyorum sadece piyasa adlarında bazen piyasadaki seçenekleri seçerken hangisi aklına gelirse yazıyorsun gibi durum oluyor." (Katılımcı 12, Marmara Üniversitesi)

Bilgi kaynakları: Bilgi kaynakları alt temasına bakıldığında katılımcıların çoğu ilaç seçiminde genel olarak kılavuzlardan faydalandıklarını, internetten "up-to-date"den araştırdıklarını ve kitaplardan, ilaç *prospektüslerinden* okuduklarını belirttiler.

"Kılavuzlardan falan destek alıyorum, yine internet, kılavuz, "up-to-date" buralardan destek alıyorum." (Katılımcı 9, Hacettepe Üniversitesi)

"Yan etkileri olan bir ilaçsa ya da kullanımı kısıtlı olan bir ilaçsa makale pdf'lerinden bakıyorum, ama onun dışında daha çok ilaç firmalarının kendi prospektüslerine bakıyorum." (Katılımcı 6, Dicle Üniversitesi)

"İnternetten ilaç Web'den bakıyorum prospektüsten bakıyorum." (Katılımcı 2, Atatürk Üniversitesi)

Görerek yapma: Karar verme ana temasının son alt teması görerek yapma idi. Katılımcıların hepsi tedavi planlama ve ilaç seçiminde üstlerinden, hocalarından, uzmanlarından gördükleri seçenekleri tercih ettiklerini belirttiler.

"Bildiğim ilaçları kullanıyorum, böyle yeni çıkmış ilaçlardan ziyade. Öğrenilmişlik var herhalde biraz bunun ucunda da. Ne gördüysek bizden öncekilerden, onlarla devam ediyorum genellikle." (Katılımcı 1, 9 Eylül Üniversitesi)

"Neyde ne başlayacağımız tamamen bize bırakılıyor, kimse bundan bahsetmiyor eğitim hayatında. Dediğim gibi tamamen görerek yapıyoruz." (Katılımcı 1, 9 Eylül Üniversitesi)

"Kardiyoloji neyi çok başladıysa biz de ona aşina oluyoruz, onları yazıyoruz." (Katılımcı 3, Atatürk Üniversitesi)

"Uzman tercihleri çok etkiliyor. Uzman doktorlarla çalışıyordum. Orada çocuk hastaya biz bakıyorduk, primer olarak ama hasta geldiğinde abi abla ne yapayım diye soruyordum. Hastayı yatır diyorlardı, şu yapılacak, onların tedavi planları ile onların tercihleri çok etkiliyordu. Uzman bunu tercih etmiş. Tabii ki bir bildiği var ki bunu seçmişti. Etkiliyordu." (Katılımcı 14, 19 Mayıs Üniversitesi)

"O anda hangi ilacı vereyim diye düşünüyorsun hasta karşında duruyor. İnternetten başka seçeneğimiz olmuyor o anda arkadaşım ne yapmıştı ne nasıl başlamıştı diye düşünerek hemen onu dikkate alıyorum, hemen her vakada daha önce birisinden görmüşsek o şekilde oluyor." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

"Usta-çırak ilişkisiyle öğrendim. O şekilde devam ediyorum. Staj ve intörnlük döneminde hocalarımın yazdığını gördüğüm ilaçları yazdım. Acilde nöbet tutarken neler yazdıysam hep onlarla devam ettim. Şimdi de hocalarım ne yazıyorsa ben de onu yazıyorum. Usta-çırak ilişkisi devam ediyor. Sunumlara katılıyorum, kılavuzları okuyorum ama her kılavuzu da okumuyorum ama toplantıları seminerlere katılıyorum. Hocalardan net bilgi alamadığımda açıp okuyorum. Genellikle hocalarımın dediği mantıklı geliyorsa günlük hayatta da hasta orada sorun yaşamıyorsa buna devam ediyorum." (Katılımcı 8, Hacettepe Üniversitesi)

Tedavi planlama yaklaşımı

Son olarak, "Tedavi planlama yaklaşımı" ana temasına bakıldığında "Tedavi planlama süreci", "Akılcı ilaç seçimi" ve "Yeterlilik durumu" alt temaları karşımıza çıktı.

Tedavi planlama süreci: Tedavi planlama sürecinde katılımcıların çoğu öncelikle tetkik istedikleri, ek hastalıklarını ve diğer durumları dikkate aldıklarını, daha sonra hastanın durumu ve uyumuna göre ilaçlı ya/ya da ilaç dışı tedavi yöntemlerini tercih edeceğini, eğer ilaç dışı tedavi önerilecekse ilk etapta yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunacağını belirtti.

"Örneğin diyabet hastasında öncelikle kan şekeri takibi isterim, hemoglobin A1C ve glikoz takibi isterim. Bunlarla beraber çok yüksek kan şekeri değeri yoksa öncelikle yaşam değişikliği önerisinde bulunuyorum. Bir süre bu şekilde takip ediyoruz. Bununla düzenli besleniyorsa buna uyuyabiliyorsa, spor yapabiliyorsa bunlarla düzene sokabiliyorsa ilaç takiplerini buna göre yapabiliyoruz." (Katılımcı 6, Dicle Üniversitesi)

"Tanıyı koyduktan sonra tetkikleri de isteriz tetkiklere göre de hareket edebiliriz. Ek hastalığı yoksa evre bir ise yaşam tarzı değişikliği öneririm. Sigara kullanıyorsa sigarayı bırakması ya da destek alması. Alkol de aynı şekilde. Tuz tüketimi, nasıl iş yaptığı işe göre de stres varsa ona yönelik de adımları atmak lazım. Akdeniz tipi diyete uymak önemli. 3 ay sürdürmesini istiyorum sonra kontrole çağırırız. Tansiyonlarını ölçeriz tansiyon çizelgesi veririz takibi yaparız kendimiz ölçüm yaparız. Eğer hala tansiyon yüksekse evre bir ise o zaman bu hastaya bir ilaç

başlarız. İlaç başlamadan önce obezite var mı, fiziksel aktivite var mı bunlara da yönelik dikkat ederiz bunlara dikkate aldığımızda en önemli unsurdur. Birinci basamak koruyucu hekimlik en önemlisi." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

Akılcı ilaç seçimi: Katılımcılar ilaç seçiminde ise akılcı ilaç seçiminin öneminden bahsettiler. Katılımcıların hepsi ilaç seçiminde hastanın yaşı, komorbiditesi, gebelik-emzirme durumu, alerjileri vb. gibi özellikleri mutlaka sorguladıklarını, akılcı ilaç kullanımının kriterlerini dikkate aldıklarını, kılavuzlara uygun ilaçları tercih ettiklerini bildirdiler. Ancak bunun dışında, katılımcılar özellikle ilk etapta o hastalık için bildikleri ilk ilacı tercih ettiklerini, çoğu zaman güvendiği, üstünden gördüğü belli başlı kullandığı ilaçlarla devam ettiklerini, ilaç seçimini bu şekilde yaptıklarını belirttiler.

"Eğer o ilaç sizin tedavinizde kullanılan ilk ilaçsa, kontrendike değilse başlıyorum. Yani tedaviye uygun olan ve kontraendike olmayan ilk bildiğim ilacı başlıyorum." (Katılımcı 1, 9 Eylül Üniversitesi)

"Benim hiç ticari amaç gütmeden kullandığım belli başlı ilaçlarım var. Önce onları kafamda oturtuyorum, çünkü biz fakültedeyken de hocalar derdi. Bir ilacınız olsun kendine belirlediğin, birkaç ilacın olsun. O ilacın her şeyini bil. O hasta ona uymadıkça diğer ilaçlara geç falan gibi şey olurdu. Çok doğru bir yaklaşım mı bilmiyorum ama ben bu şeyle daha çok ilerliyorum." (Katılımcı 10, Marmara Üniversitesi)

"Benim tıp eğitimimdeki farmakoloji derslerinde bir tanesinde bir hocamız derdi ki bir hastalıkla alakalı her zaman bir p drug'ınız olsun, p ilacınız olsun derdi. p ilacı dediğimiz şey de sizde biliyorsunuzdur belki o, hastalıkla alakalı verilecek ilaçlardan bir tanesini seçin. Tabii ki de 4 kriteri de kapsayacak şekilde: effectiveness, cost-effective, duyarlılık vs. göz önünde bulundurarak bir p drug seçiyorum." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

Yeterlilik durumu: Tedavi planlama yaklaşımının oluşmasında en önemli unsurlardan birinin katılımcıların kendisini yeterli hissetme durumları olarak karşımıza çıktı. Kendini yeterli hissedenlerin kendilerinden daha emin bir şekilde tedavi planladıkları görüldü.

"Yeterli görüyorum açıkçası. Çok ekstrem vakaların asla zaten ben altından kalkamam. Ama bir kronik hasta gelirse, pediatrik hasta gelirse, sık görülen ya da gördüğüm an tanı koyabileceğim bazı vakalar var. Yani hastaları nereye yönlendirebilecek olduğumu, yönlendirilmesi gerekip gerekmediğini, sevk edeceğim hastalıkları az çok biliyorum." (Katılımcı 7, Dicle Üniversitesi)

"Genel olarak yeterli ama eksik kaldığımız yönler tabii ki de oluyor. Her şeyi %100 öğrenemiyoruz sonuçta. Ya da öğrensek bile uygulamayınca unutuyoruz. Bazen okumuyoruz

çoğunlukla okumuyoruz (gülüyor), uzmanlığa yakın okuyoruz." (Katılımcı 10, Marmara Üniversitesi)

"Klinik olarak ve teorikte bilgim var ama klinik kısımlarında her şeyi hani ben yapmayacağım için yönlendirmem gerektiği için o konuda kendimce olan bölümlerde yetkin hissediyorum. Aile hekimliği birimi tarafından neler gerekirse yapabilecek olduğumu düşünüyorum." (Katılımcı 11, Marmara Üniversitesi)

"Ben aile hekimi uzmanı olacağım ama pratisyen aile hekiminden farkım olması gerekiyor, ama ben o farkın tam istediğim seviyede olduğunu hissetmiyorum ve o eğitimi aldığımı düşünmüyorum. Bunda benim şahsi olarak yetersiz çabalamam da var, sistemin getirdiği dayattığı durum da var." (Katılımcı 15, 19 Mayıs Üniversitesi)

"Şu an için kendimi aslında iyi hissediyorum, yani bu ASM'de de mutlu olduğum için hani, herhangi bir ASM sürecini yönetebilirim gibi geliyor. Ama bu süreç dediğim gibi bir devlet hastanesinin herhangi bir çocuk icapçısı olmak, göğüs icapçısı olmak, o birazcık, evet beni korkutuyor diyebilirim." (Katılımcı 5, Çukurova Üniversitesi)

6.2.2. Aile Hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri

Bu tez çalışmasında Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yanısıra eğiticilerin de tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri araştırıldı. Bu başlık altında eğiticilerden toplanan nitel verilerin analiz bulguları verildi.

6.2.2.1. Katılımcı özellikleri

Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden 1'i Dokuz Eylül Üniversitesi, 1'i Atatürk Üniversitesi, 3'ü Çukurova Üniversitesi, 1'i Dicle Üniversitesi, 1'i Hacettepe Üniversitesi, 3'ü Marmara Üniversitesi ve 2'si de On Dokuz Mayıs Üniversitesi olmak üzere 7 ayrı üniversiteden toplam 12 aile hekimliği eğiticisiyle görüşüldü. Eğiticilerin 8'i profesör doktor, 2'si doçent doktor ve 2'si doktor öğretim üyesi idi; %75'i (n=9) kadın, %25'i (n=3) erkekti (Tablo 33).

Tablo 35. Katılımcıların özellikleri

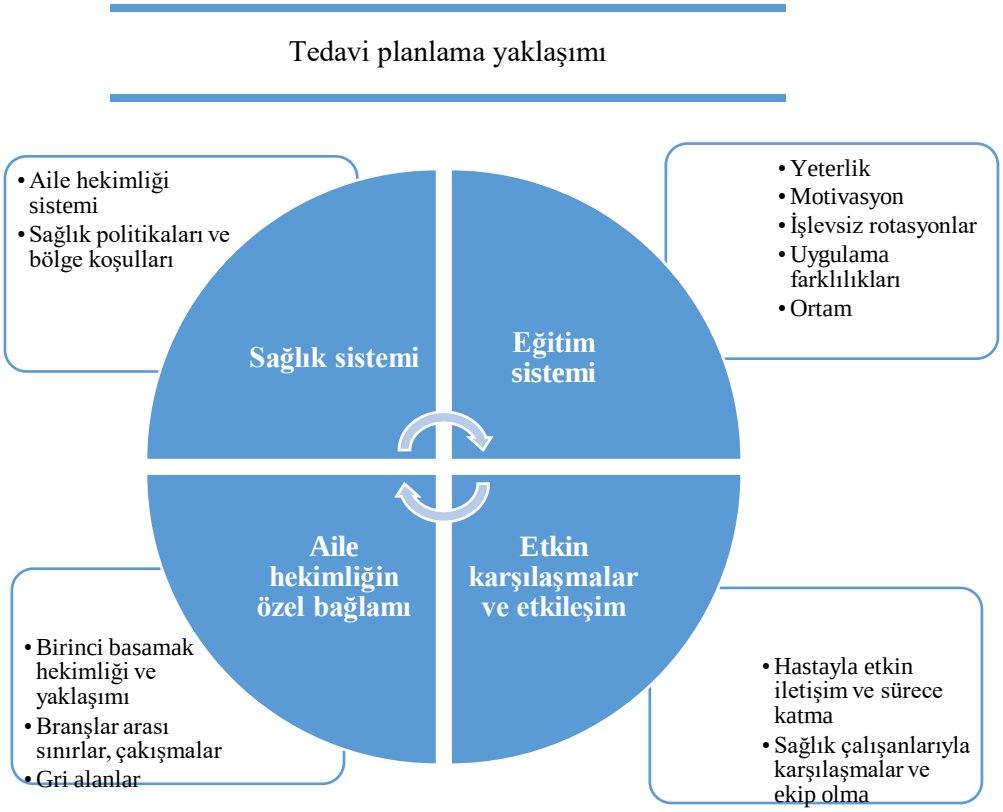
Katılımcı	**Cinsiyet**	**Akademik ünvanı**	**Üniversite**
Katılımcı 1	Erkek	Doç. Dr.	Dokuz Eylül Üniversitesi
Katılımcı 2	Kadın	Prof. Dr.	Atatürk Üniversitesi
Katılımcı 3	Kadın	Dr. Öğretim Üyesi	Çukurova Üniversitesi
Katılımcı 4	Kadın	Prof. Dr.	Çukurova Üniversitesi
Katılımcı 5	Kadın	Dr. Öğretim Üyesi	Çukurova Üniversitesi
Katılımcı 6	Erkek	Prof. Dr.	Dicle Üniversitesi
Katılımcı 7	Kadın	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi
Katılımcı 8	Kadın	Prof. Dr.	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 9	Kadın	Prof. Dr.	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 10	Kadın	Prof. Dr.	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 11	Kadın	Prof. Dr.	19 Mayıs Üniversitesi
Katılımcı 12	Erkek	Doç. Dr.	19 Mayıs Üniversitesi

6.2.2.2. Aile hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama deneyimleri

Yapılan niteliksel analizde toplam 67 kod oluşturuldu. Uzmanlık öğrencilerinde olduğu gibi burada da "Sağlık sistemi", "Eğitim sistemi", "Etkin karşılaşmalar ve etkileşim" ve "Tedavi planlama yaklaşımı" ortak ana temalar idi (Tablo 34). "Karar verme süreçleri" yerine farklı bir ana tema olarak "Aile hekimliğin özel bağlamı" belirlendi. Aile hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama yaklaşımının oluşmasında belirleyici olan bu durumlar Şekil 9'da görselleştirildi.

Tablo 36. Aile hekimliği eğiticileri niteliksel analiz sonucu ulaşılan ana tema ve alt temalar

Ana Temalar	Alt Temalar
Sağlık sistemi	Aile hekimliği sistemi Sağlık politikaları ve bölge koşulları
Aile hekimliğin özel bağlamı	Birinci basamak hekimliği ve yaklaşımı Branşlar arası sınırlar, çakışmalar Gri alanlar
Eğitim sistemi	Tıp eğitimi mezununun yeterlikleri ve öğrenme motivasyonları Aile Hekimliği eğitimi İşlevsiz rotasyonlar Uygulama farklılıkları Eğitim ortamı Programın değerlendirilmesi
Etkin karşılaşmalar ve etkileşim	Hastayla etkin iletişim ve sürece katma Sağlık çalışanlarıyla karşılaşmalar ve ekip olma
Tedavi planlama yaklaşımı	Bütünlüklü/bağlamsal tedavi planlama yaklaşımı Akılcı ilaç seçimi Toplumun/Hastanın sağlık/hastalık davranışlarının yönetilmesi



Şekil 9. Aile hekimliği eğiticilerinin tedavi planlama yaklaşımının oluşumunda belirleyici olan durumlar

Sağlık sistemi

Sağlık sistemi ana teması altında; "aile hekimliği sistemi" ve "sağlık politikaları" alt temalarına ulaşıldı.

Aile hekimliği sistemi: Eğiticilerin özellikle aile hekimliği sistemi alt temasına yönelik olarak çok önemli tespitleri vardı. Aile hekimliği sisteminin kendisinin ve sistemdeki problemlerin tedavi planlarının oluşturulmasında etkili olduğu tespit edildi. Bu kapsamda örneğin bir katılımcı, toplumda sık görülen kronik hastalıkların yönetimi de dahil olmak üzere aile hekimlerinin yapması gereken durumları şu şekilde özetledi:

"Hastalık bazında konuşmamız gerekirse, biz hastanın insülinine de başlarız, insüline devam eden hastayı takip de edebiliriz, yaşam tarzını da destekleriz, dolayısıyla hastanın, kronik hastanın acillere başvurma sıklığını azaltırız. KOAH hastasının sigarayı bırakmasına yardımcı oluruz, yaşam tarzının düzenlenmesine yardımcı olabiliriz, KOAH'ını tedavi ederiz, alevlenmelerini engellemeye çalışırız, alevlenmelerinin tedavisini başlarız, ama diyelim ki yatarak tedavi görmesi gerekiyor, hastaneye sevk ederiz. Genellikle komplike komplikasyonları önlemek üzere kurgulanmış bir yaklaşım, ancak komplikasyonların gelişmesi sonucunda da hastaneye sevk edilmesi." (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Ancak, özellikle aile hekimlerinin yapabilecekleri işin çerçevesinin tam olarak çizilememiş olması, standardının olmaması eğiticilerin karşılaştığı sistemsel problemlerin başında gelmekte idi. Üstelik bu yönde toplumda oluşan algının da bu durumu pekiştirdiği görüldü.

"Aile hekimliği uzmanlarının da kendi kapasiteleri ve kendi yapacakları işin kapsamı ile ilgili kafaları çok net değil. Onlara giden insanların da, onlar da o birinci basamağa giden hastaların büyük çoğunluğu, aile hekimlerinin işte reçete yazdıracakları, bir takım bürokratik işlerini halledecekleri bir hekim olarak görüyorlar. Kendi sağlıklarından birincil derecede sorumlu hekim olarak görmüyorlar onları, aile hekimleri de kendilerine öyle görmüyor o yüzden memnunlar." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

"Mecburi hizmete gittiğimizde sanki her şeyin uzmanıymış gibi davranıyorlar. Yani pediatriden anlar, kadın doğumdan anlar, kardiyolojiden anlar, acilden anlar. Ki acil bizim mesleğin en zor sahalarından biri. Bizim gideceğimiz, çalışacak olduğumuz yerlerin bir standardı yok" (Katılımcı 5, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

"Yani bir çalışma koşullarımızın nasıl evrileceği konusunda bir öngörümüz yok. Yani bir cerrahsanız sizin bir şeyiniz vardır, ameliyathanede bir sorumluluklarınız vardır, yapılması gerekenler bellidir ama birinci basamakta öyle değil. Az önce de söylediğim gibi ne ile karşılaşacağınızı bilmiyorsunuz. Eğer uzman olarak bir hastaneye atandıysanız orada birçok şeyi yapmanız bekleniyor." (Katılımcı 5, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

Aile hekimliği sisteminde bürokrasi ve sağlık raporları da önemli bir sorun olarak görülmekteydi.

"Bürokrasi çok büyük bir yük aile hekiminin üstünde. İşe giriş raporları, ehliyet raporları, askerlik raporları ıvır zıvır. Şöyle bir yaklaşım var bakanlıkta, ... adamlara dünyanın parasını veriyoruz, yapsın bunu adamlar gibi bir yaklaşım var. Bir kısmını elbette yapabiliriz ama bir yandan bu rapor meselesi, özellikle mediko-legal sorunlar nedeniyle mesela adam satranç oynayacak sağlık raporu istiyorlar satranç için. ... Aile hekimi de aynı mediko-legal endişeleri hissediyor ve buna direndiği zaman hasta ya da hasta yakını ile çatışan aile hekimi oluyor mesela. Ki bizim aslında sorun çözme odaklı bir yaklaşımımızın olması lazım." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

Diğer taraftan ilaç raporlarının çıkartılması problemi aile hekimliği sisteminde yer alan diğer bir sorunlu alan olarak göze çarptı ve bu durumun tedavi planı dahil hasta takibini olumsuz yönde etkilediği belirtildi. Benzer şekilde, bölümler arası koordinasyonun, bölümlerin sınırları arasındaki belirsizliğin ve bunların beraberinde getirdiği sevk zincirinin de aile hekimliği sisteminde sorun olduğu ifade edildi ve özellikle sevk ve konsültasyon istemenin zorlukları vurgulandı.

"Aile Hekimliği uzmanları bazı ilaçlar için rapor çıkartabiliyorlar, bu giderek kısıtlanıyor ama mesela bazı hipertansiyon ilaçları için bazı diyabet ilaçları için biz rapor çıkartabiliyoruz. Ama aynı yerde çalışan benimle aynı hizmeti veren pratisyen hekim rapor çıkartamıyor." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

"(aile hekimlerinin bazı ilaç raporlarını çıkartamama durumu) ... Bunlar tabi olumsuz etkiliyor hasta takibini. O zaman ne oluyor, hasta diyor ki, ben diyor niye ona gideyim ki, hastaneye giderim, hem raporum da çıkarılır, ilaçlarımı yazdırırım, takibimi de yaptırırım, kan tahlili de yapılıyor nasıl olsa, niye birinci basamağa gideyim, niye aile hekimine gideyim ki diyor." (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"Benim sınırım nerede bitiyor, endokrinin sınırı nerede başlıyor. Hastayı ne zaman sevk etmeliyim. Böyle algoritmalara ihtiyacımız var. Burada eksik olan birinci basmakta kullanılmasını önereceğimiz algoritma ve rehberlerin olmaması. Bu bir eksiklik." (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"Hangi noktada sevk edeceğimiz önemli bir karar, ne zaman başka bir uzmanlık alanından, başka bir disiplinden yardım isteyeceğimiz önemli bir karar. Ama şunun her zaman farkında olmamız lazım aile hekimliği olarak hasta her zaman bizim hastamız. O herhangi bir nedenle sevk edilmiş olsa bile her zaman bizim hastamız olduğu konusunda farkındadır." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

"Her şey eğitimde bitmiyor, sistemin bir de konsültasyon komünikasyonun sağlanması lazım. Yani diyelim ki ben hastama rapor yazdıracağım, pratisyen aile hekimiyim. Bu raporun kardiyolojide yazılması gerekiyor, biliyorum. Ben onu konsültasyona gönderiyorum. Ama karşıdaki insanın da o konsültasyonu evet aldım, sistemin bağlanması, konsültasyon isteniyor ama karşıdaki insanın ya bu aile hekiminden gelmiş, ne güzel iyi olmuş göndermiş, iyi ki geldiniz, ben de şimdi sizin muayenenizi yapacağım, doğru düşünmüş aile hekiminiz, şu ilacı yazıyorum, onun raporunu çıkarıyorum, şu tetkikinizi yapıyorum, şimdi aile hekiminize de not yazıyorum, onu dosyanıza koysun. Böylece hastanın bütünlüğü sağlanıyor. Allahtan e nabız oldu da insanlar hasta konsenti ile bir bütünlük kazanmaya başladı. Yoksa bir kara delik gibi." (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Aile hekimliği sisteminde kullanılan programların/sistemlerin de sistemde çeşitli problemlere neden olduğu vurgulandı.

"İlaç ne yazdıysak, ilacın adını söylemek gerekiyor, bilsin ki sonra geldiğinde adını söylemediği için, anlatılmadığı için bilmiyor hasta. Elektronik sistem bu anlamda bir sıkıntı yarattı. Hastalara bir barkod numarası verilip gönderiliyor ve hatta hangi ilacı hangi dozda kullanacağını bilmiyor. Bir sonraki geldiğinde bilmiyor. Mesela 10'luk mu 14'lük mü antibiyotik kullanıldığında hasta bunu bilmiyor ve etkin sürelerde kullanmamış olabiliyor." (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

"Hastanın bazı laboratuvar değerlerinin bana uyarı veren sistemlerin olması iyi oluyor. Bazı şeyleri ben değerlendiriyorum. Ama bazen de bazı şeyler aklıma gelmiyor, insani bir durum. Bu sefer başka doktora gittiğinde aslında o ilaç o hastaya verilmemeli yan etki çıkmış mesela hastada, hastaya bu sana verilmemeli gibi bir şey oluşuyor genelde. Bize gelen hastalar en erken evrede geliyor, ön tanı ile tanı döneminde geliyor bize. Hastalar mevcut sistemlerin elektronik sistemleri gelişerek bazı hasta özelliklerinin de bazı ilaçlar için engel oluşturacak uyarıların oluşturması, ilaç kaynaklı mortalitelerin azalmasını sağlayacaktır." (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

Sağlık politikaları ve bölge koşulları: Sağlık politikaları ve çalışılan bölgenin koşulları sağlık sistemi ana temasının altında ele alınan diğer bir alt tema idi. Özellikle yazılan bazı ilaçların SGK tarafından ödenmemesi ve bazı ilaçlara rapor çıkaramama sorunu sağlık sisteminin olumsuz yönleri olarak vurgulandı. Dolayısı ile aile hekimleri hastalara istedikleri tedaviyi planlayamadıklarını belirttiler.

"*Yazdığımız ilaçların önemli bir kısmı SGK tarafından ödenmiyor, SGK kısıtlaması var aile hekimlerinin yazdığı ilaçlarda. Dolayısıyla kısmen bazıları Aile Hekimliği uzmanları tarafından yazılırsa ödeniyor ama önemli bir kısmı da ödenmiyor. Öyle olunca da hastaya şimdi*

ben bu ilacı yazacağım ama sen bunu alabilmek için bir psikiyatri uzmanına gitmen lazım demeniz gerekiyor. O komünikasyonu kurmak kolay bir şey değil. Yani o da bir sıkıntı noktası, hem de çok büyük bir sıkıntı noktası. Özellikle insan insülinlerini yazabiliyoruz, analog insülinleri yazamıyoruz. Bazı oral antidiyabetikleri yeni kuşakları yazamıyoruz. Hep eskileri yazabiliyoruz. Halbuki yeni kuşakların yan etkisi daha az. Uzun etkili bronkodilatörleri yazamıyoruz. Yani bu 3'ü bizim çok gördüğümüz hastalıklar ve çok yazmamız gereken, çok reçete etmemiz gereken ilaçlar. Bilgisine sahibiz ama SGK geri ödemesi olmadığı için yazarken tereddüt ediyoruz." (Katılımcı 9, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"*Yazabildiğin ilacı bilirsin ama ödenmeyen ilacı yazamıyorsundur. Bunun mesela en uç örneği de gabapentin ve pregabalinler. Bu ilaçlar çok güzel, periferik nöropatilerin tedavisinde şahane sonuç alınıyor. Yani ilaç etkileşimleri az çok iyi tolere edilebiliyorlar fakat reçetesiz alınamıyor, (benim yazdığım) reçeteyi kabul etmiyor. Böyle olunca senin hastan mağdur oluyor. Sen ilaç yazamayan doktor oluyorsun. Orada sıkıntı oluyor.*" (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"*Devletin hiç ödemediği bir preparatı bir köyde yazamazsın, gerektiğinde aile ağrı kesici bile verirken de hangisi en ucuz hangisi ödeniyorsa onu veriyorsunuz. Bunun kişisel yapıyla da alakalı olduğunu düşünüyorum.*" (Katılımcı 11, Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi)

"*Bu hastaların hepsi sana güvense de, hocam bana iyi tedavi geldi dese de ama bir de maddiyat var. Bu da gerçeklerden biri. SGK aracılığı ile alınca 10 lira verecek, eğer karşılamıyorsa 50 lira verecekse, bunu bir kez yapar, ikinci kez de bunu yapmaz, hele mevcut ekonomik durumlarda hastanın bunu yürütebiliyor olması çok zor.*" (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

Çalışılan bölge koşulları ve hasta yoğunluğu da sağlık bakımını dolayısıyla tedavi planlama yaklaşımını etkileyen başka bir durum olarak göze çarpmaktaydı.

"Hani şimdi bizim tıp eğitiminiz boyunca tetkikler temelde, hemen cbc bak, hemen şunu yap. Ama coğrafi koşullar el vermiyor öyle bir şey olmayabilir. O yüzden hani o şeyde birinci basamak hizmeti diye uçep'dede yazıyor. Onun çok bence güzel geliştirilmesi lazım ki hekimin eli güçlü olursa vereceği hizmette daha iyi olur, insanlara daha fazla yardım edebilir" (Katılımcı 5, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

"*Derslerde de öğrencilere bazen anlatırken işte empati konusu olsun, bu hastaya böyle yaklaşmanız gerektiği konusu olsun, bazen işte hocam 50 tane hastanın olduğu yerde biz bunu nasıl yapacağız gibi itirazlar olabiliyor. Ama bunu deneyim kazandıkça, şöyle zamanınızı programlayabiliyorsunuz: yeni tanı almış bir hastaya daha fazla zaman ayırıp örneğin kontrole*

gelmiş bir hastayı daha kısa sürede sonlandırabilmek gibi." (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

"Çalıştığınız ASM'de ki polikliniktеki hasta sayısı sosyal düzey tedavinizin %40-45'ini etkiliyor. Aynı bölgede farklı hasta sayısı farklı sosyo-ekonomik düzey farklı yarattığını düşünüyorum." (Katılımcı 2, Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi)

Aile hekimliğimin özel bağlamı

Eğiticilerden elde edilen nitel verinin analizde ortaya çıkan ikinci ana tema Aile Hekimliği alanının kendine özgü bağlamı ile ilgili idi. Bu kapsamda, "birinci basamak hekimliği ve yaklaşımı", "branşlar arası sınırlar, çakışmalar" ve "gri alanlar" alt temalarına ulaşıldı.

Birinci basamak hekimliği ve yaklaşımı: Bu alt temaya bakıldığında eğiticiler, birinci basamakta hekimliğin ve aile hekimliği yaklaşımın hastane hekimliği ve diğer branşların yaklaşımlarından farkını şu şekilde betimlediler:

"*Dahiliye uzmanı olan arkadaşlarım, onlar hastane hekimi, bunu kötülemek anlamında söylemiyorum. İçinde çalıştığımız ortam, bağlam bizim nasıl hekimler olduğumuzu çok belirliyor. Ben şundan eminim, Dahiliye uzmanı olan bir arkadaşımızı alalım birinci basamakta 2 yıl çalıştıralım, bizim ne demek istediğimizi anlar. Çünkü o ortam, oradaki talepler, oradaki sorunların yönetimi, ayrı bir şey hastane ortamından. Bu nedenle bizim çok farklı bakış açılarımız, Dahiliye hekimleri ile ya da diğer klinik branşlardan olan hekimlerle. Biz sorunları daha farklı algılıyoruz, daha farklı*" (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

"*Mahalle arasında adamın, yokluk içinde bir hastanın neredeyse ekmek almaya parası yok. Siz para veriyorsunuz, ekmeğini alsın diye. Biz Özellikle aile hekimi olarak büyük hastanelerde süslü ortamlarda değiliz. Mahalle aralarında küçük yerlerdeyiz, halkla bir aradayız.*" (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

"Mesela bir KBB uzmanına gitti, sinüzit tanısı var, o doktor onunla ilgili bütün söylemesi gerekenleri o defada söylemesi gerekiyor, çünkü ilacını verecek gönderecek, belki bir kez kontrole çağıracak, belki çağırmayacak. Ama bizim bütüncül bakış açımızdan baktığımızda biyo-psiko-sosyal kültürel ve varoluşsal anlamda değerlendirmemiz gerektiği için bunların hepsini aynı anda hastaya yükleyemeyiz." (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

Branşlar arası sınırlar, çakışmalar: Branşlar arası çakışmalar alt temasında ise eğiticiler özellikle yapılan müdahalelerin birinci basamakta, polikliniklerde ve servislerde farklı olduğundan bahsettiler.

"Aile Hekimliği dışındaki bütün disiplinler hasta ile ilk karşılaştıklarında hep aynı soruyu yanıtlamaya çalışırlar. Ne bu soru diyorum mesela, biraz üzerinde fikir jimnastiği yapıyoruz. Aslında soru şudur, bu hasta benim mi değil mi? Önce bu soruyu yanıtlamaya çalışır herkes.

Bazen bu sorunun yanıtı çok açıktır. Örneğin karnından bıçak girmiş bir adama genel cerrah benim mi değil mi diye düşünmez ya da işte cildindeki lezyonlara battığı zaman bir dermatolog bu beni ilgilendiriyor mu ilgilendirmiyor mu diye düşünmez. Mesela acil ortamda bu çok yaşanır; bu hasta benim mi, değil minin tartışma ortamıdır acil. Pek çok disiplin sen alacaksın ben alacaksam benimdir senindir vesairedir falan. Aile hekimliği için bu sorun "non sense"dir. Hiçbir anlamı yoktur. Çünkü hastanın Aile Hekimini ilgilendirmeyen hiçbir sorunu yoktur, bütün sorunları Aile Hekimini ilgilendirir. Ha çözebilir, çözemez, başkasından yardım alır; başka bir şekilde, o ayrı bir şey, ama hastanın yani bana gelmenize gerek yok sizin bilmem kime gitmeniz lazım diyebileceği hiçbir sorunu yoktur Aile Hekiminin" (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

Gri alanlar: Gri alanlar aile hekimlerinin hem kılavuzlarda kendi hastalarının takip basamaklarının olmayışı hem de bazı ilaçlara rapor çıkartıp bazı ilaçlara rapor çıkartamama durumlarının olması olarak değerlendirildi.

"*Yani hastalık temelinde düşündüğümüzde her hastalığın kendi sevk ve konsültasyon kriterleri var fakat bu alan kalemle çizilmiş bir alan değil. O kalemle çizme işini ancak evidence yapabilir, kanıt yapabilir. O kanıt da aslında rehberlerdir. Ama birinci basamak rehberleri olmadığından bu alanlar gri zone olarak düşünülebilir. Dolayısıyla da eğitim aldığı yer aslında bu alanları daha belirgin kılıyor."* (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"*Yazdığımız ilaçların önemli bir kısmı SGK tarafından ödenmiyor, SGK kısıtlaması var aile hekimlerinin yazdığı ilaçlarda. Dolayısıyla kısmen bazıları Aile Hekimliği uzmanları tarafından yazılırsa ödeniyor ama önemli bir kısmı da ödenmiyor... (İlaçların) bilgisine sahibiz ama SGK geri ödemesi olmadığı için yazarken tereddüt ediyoruz."* (Katılımcı 9, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Eğitim sistemi

Eğitim sistemi ana temasına baktığımızda alt temalar olarak "Tıp eğitimi", "Aile hekimliği eğitimi", "Eğitim ortamı, "Uygulama farklılıkları", "Rotasyonlar" ve "Program değerlendirme" karşımıza çıktı. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ile Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sistemleri birbiriyle iç içe geçmiş olduğu görüldü.

Tıp eğitimi mezununun yeterlikleri ve öğrenme motivasyonları: Belirlenen ilk alt temaya bakıldığında bu noktada öne çıkan ilk sorun mezuniyet öncesi tıp eğitiminde temel yeterliklerin kazanılmamış olması, mezun yeterlikleri açısından tıp fakülteleri arasındaki büyük farklar bulunması şeklinde ifade edildi.

"*Her biri farklı üniversitelerden mezunlar. Temel tıp eğitimlerinde de farklılıklar var, yani bize asistan olarak geldiklerinde evet yüzde yetmiş işte, bu çep'e uyumlu bir şekilde olmuş, ama o*

%30 da çok farklı şeyler de olabiliyor, bireylerin kendilerine özgür tutumları bağlamları da var. Onları da göz önünde bulundurarak belki birazcık daha gelişmiş bir eğitim verilebilir diye düşünüyorum." (Katılımcı 5, Dr. öğretim üyesi, Çukurova Üniversitesi)

Tıp fakülteleri arası farklar ve tıp eğitimi sonunda mezuniyette temel yeterliklerin kazanılmamış olması durumunun yanı sıra uzmanlık öğrencileri öğrenmeye ilgisi, öğrenme sorumluluğu ve diğer özellikleri de alınan uzmanlık eğitimini, dolayısıyla tedavi planlamayı belirleyen bir diğer unsur olarak betimlendi.

"*Bir de şöyle bir durum var, özellikle son dönemlerde bazı asistanlar çok yetersiz geliyorlar genel hekimlik bilgileri açısından. Tıp fakültesini bitirmiş ama kan basıncı ölçmeyi bilmeyen, muayenesi yetersiz olan asistanlar var. Sanki böyle bizim tekrar tıp fakültesini öğrettiğimizi düşündüğüm asistanlar geliyor. Çok iyi fakültelerden gelenler de var bunların arasında. Tabi bu durum eğitimi yavaşlatıyor, çünkü ne kadar ileri seviyeden başlarsanız o kadar çok yararlanır. Yeni başlayan asistanların bazıları hastadan korkuyorlar, iletişim becerileri gelişmemiş, çok savunmacılar, hastaları suçluyorlar. Bir de asistan bazında birey bazında da değerlendirmek gerekiyor aslında. Bazıları çok istekli oluyor eğitime ama bazıları geleyim gideyim vakit doldurayım şeklinde de olabiliyor. Eğitimin iki tarafı var. Siz eğitimi vereceksiniz ama karşı tarafında o eğitimi alması gerekiyor. Erişkin eğitiminin zorlayıcı taraflarından biri de bu maalesef*" (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"*Hocalar olarak tabii hepimizin yapabileceği çok daha iyi şeyler var ama bence öğrencilerin biraz daha hevesli olması, yani onu biraz eksik görüyorum sadece. Hepsi için genellemeyeyim ama çoğunluk için öyle. Mesela çok güzel okuyanlar, araştıranlar, derse hazırlanıp gelenler, katkı koyanlar oluyor bakıyorsunuz. Sözlü ve yazılı sınavlarda onlar spontan olarak en başarılı olanlar oluyor. Demek ki böyle olmaya ihtiyaç var.*" (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

"*Öğrencilikte herkesin algısı farklı. Hocalar eğitim veriyorlar ama her öğrencinin o hocadan öğrendiği şeyler farklı olabiliyor. Mesela Hacettepe mezunu arkadaşlar ya da Dicle Üniversitesi mezunu arkadaşların aldıkları, öğrendikleri bireysel olarak farklı olabilir.*" (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

"*İki türlü öğrenci var. Asistan geliyor, bir kısmı özellikle, "İstanbul seni yeneceğim" tarzında gelen öğrenciler var. Böyle 5-10 tanesi iyi diyorsun. Bence Aile Hekimliğinde farklı. Aile Hekimliğinde farklı kitaplar (textbook) okuyorsun ama bence Hepsinden önce Dostoyevski okumak lazım. Üç beş kişi için bari bunları kaybetmeyelim diyorsun. Diğerleri hastaya dokunmayan öğrenciler çıkıyor. Aile Hekimliğine gelenler daha az hırslı çocuklar. Bu anlamda diğer branşların çoğundan, Kadın Doğumdan, Gözden, farklı branştan cerrahi branştan daha*

insana yakın, daha empati yapabilen çocuklar gelmekte. O bakımdan şanslıyız. Sokrates Atina sokaklarında çıkmış kapıda şey diyor: Ne olacak bu Atinalı gençlerin hali, okuma hiçbir şey okumuyorlar. Herkes eğlenceye dalmış, vatana millete bahtını düşünen yok, ne olacak diyor. Milattan önce 400. Şimdi de aynı, bir sonraki nesil hep daha kötü diyeceğiz, biz de iyi değildik, işler aynı şekilde devam ediyor, şimdiki nesil laf atacak kadar kötü diyemeyiz." (Katılımcı 11, Prof. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

Aile Hekimliği eğitimi: Aile hekimliği eğiticileri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde elde edilen bir başka alt tema da Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi idi. Genel olarak bakıldığında üniversitelerin eğitimlerinde genel çerçeve olarak WONCA ağacı esas alınmakta idi. Öğrenme ve değerlenme uygulamaları olarak da makale saatleri, seminer programları, yıllık asistan sınavları mevcuttu. Ancak değerlendirme konusu üniversiteler arası farklılık gösteriyordu. Örneğin 9 Eylül Üniversitesinde asistanlar uzmanlık sınavına girmeden önce bir yeterlilik sınavı yapılıyordu. Diğer üniversitelerde böyle bir sınav bulunmamakta idi.

"Aile hekimliğinin temel bir ağacı var, ilkelerini barındıran bir ağacı var ve bunun altında tutum, bilim ve bağlam vardır köklerde. Biz asistanlarımıza aslında bu özellikleri kazandırarak, hani bilgiye her türlü ulaşabiliyoruz, bilim kısmına ulaşabiliyoruz. Ama hasta ile olan ikili iletişimdeki tutumu veya hastalıkla ilgili tutumlarına yani kişilerin hastalıkla ilgili olan tutumlarına, düşüncelerine de müdahale edebilecek noktaya getirebilmek ve kişiyi bağlamı ile yani kişiyi biyo-psiko-sosyal olarak değerlendirebilme yeteneklerini yetenek mi demeliyiz buna özelliklerini kazandırarak uzman olmalarına destek olmaya çalışıyoruz diyebilirim. Yani ilkeler çerçevesinde ve bu kökleri de destekleyerek ve kaliteli güzel eğitimle." (Katılımcı 3, Dr. öğretim üyesi, Çukurova Üniversitesi)

Analizde eğiticilerin Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde en çok standardizasyonun olmamasından yakındıkları ortaya çıktı.

"Eğitimle ilgili olarak ben Aile Hekimliği standartlarının hala oluşmuş olduğunu düşünmüyorum. Hocalarımız asistan eğitimlerinde çok iyi olmasına rağmen özellikle rotasyon bölümü olmamız ve rotasyonunun dışında kalan zamanların da eğitim ASM'lerde geçirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Ama çoğu üniversitede hala eğitim ASM sağlanamıyor ki, bir tanesi de bizim üniversitemiz. Yani alt yapı hazır olmadan birinci basamak eğitiminde ben eksiklik görüyorum." (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

"Ülkenin her bölgesinde tıp fakülteleri açılıyor. Kıdemsiz olarak gidiyorsun bir tıp fakültesinde daha ilk basamakta yükselmeye başlıyorsun, o hiyerarşik düzen içerisinde zaman içinde deneyimlerin artıyor, eğitici olarak da klinisyen olarak da. Dolayısıyla her yerde verilen eğitim

aynı olmayabilir, aynı deneyim olmayabilir. Dolayısıyla çıktılar aynı olmayabilir. Standardizasyonu var mı?" (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Uzmanlık eğitiminde bir başka vurgulanan konu da asistanlık süresinin kısa olması idi.

"Bence yeterli değil. Yani 3 yılda tamam, rotasyonlar var 18 ay. Uygulama, tez yazılacak falan. Belki biraz daha uzatılabilir. Çünkü son 1 yıl tez mi, yoksa uygulama mı, böyle acele ile geçiyor gibi görüyorum ben. En azından böyle bir yıl tam sahaya hakim, ne ile karşılaşacaklar, nasıl yönetecekler bunları, öğrenebilecekleri şekilde olsa, 4 yıl sanki bilmiyorum, bu konuda belki zaman içerisinde kendi fikrim de değişir ama şimdiki gözlemim o yönde." (Katılımcı 5, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

"Bizim şimdi 3 yıllık bir eğitim düzenimiz var ve aslında bütün bölümlerde böyle ama biraz kısa bence 3 yıl. Bence, en büyük eksiklerden biri bu, bize özgü değil ama genel anlamda ben az olduğunu düşünüyorum." (Katılımcı 7, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi)

"Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin bana göre kısa olduğunu düşünüyorum, 3 yıl biliyorsunuz asistanlık süreci. En az 4 senenin olması gerektiğini düşünüyorum." (Katılımcı 9, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"Süre tabi çok az yani 3 yıl çok kısa bir süre. Çünkü bir yandan da tez yapmadan uzman olunmuyor. Diğer tüm branşlarda olduğu gibi uzmanlık tezi yapma kıvamının gelmesi zaten 2 yılı buluyor. Bu da yetersiz, çünkü o zamana kadar rotasyonlar vesaire akademik olarak çok hazırlıklı hale gelemiyorlar. 2 yıldan sonra hazırlıklı hale geliyor; yetiştirilmesi, araştırma haline gelmesi, bilimsel bir çıktı haline gelmesi için bayağı bir zamana ihtiyaç var aslında, nitelikli tezler yürütülebilmesi için." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

İşlevsiz rotasyonlar: Eğitici görüşlerinin analizinde özellikle rotasyonlar başlı başına bir alt tema olarak karşımıza çıktı. Rotasyonlarda öne çıkan problem, rotasyona gidilen bölümde eğitim yerine oranın iş yükünün esas alınması ve asistanların gereksiz iş yükü ile karşı karşıya olması idi.

"Rotasyona gönderdiğimiz yerlerde herkes bizim asistanlarımızı eğitim gereksinimlerimizi öncelemeyebiliyor, orada bazen onu işgücü olarak kullandığı zaman o rotasyonun hedefine ulaşması biraz güç oluyor diye düşünüyorum." (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

"Özellikle asistanlar rotasyonlarda joker eleman gibi görünüyorlar. Nerede işler yürümüyorsa oraya koyuyorlar Aile Hekimi asistanlarını. Bunu pandemi döneminde de gördük. Tabiri caizse normalde yüzümüze bakmayanlar pandemi döneminde bizi el üstünde tuttular. Çünkü asistanlarımız her yerde açık kapattılar." (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

"Hastanelerde eğitim ortamlarında daha fazla birlikte deneyim paylaşılabileceği ortamlar oluşturulabilmesi önemli. Sadece onları iş gücü olarak görülmemesi gerekiyor, Aile Hekimliği

asistanları her yerde, Türkiye'nin her yerinde büyük bir iş gücü olarak görülüyor. Bu da büyük sıkıntı. Rotasyonlarda daha çok joker eleman olarak görülüyorlar, bu eğitimi de sekteye uğratıyor. Ama şöyle de bir avantajı olabiliyor, her yere adapte olan, her koşulda çalışan, sorun çözen hekimler yetişiyor." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Uygulama farklılıkları: Eğitim ana temasının dördüncü alt teması üniversiteler arası uygulama farklılıklarıydı. Aslında her üniversitenin kendine özgü eğitim programı mevcuttu ve programlar çok düzenli bir şekilde uygulandığı katılımcılar tarafından belirtildi. Uygulama farklılıklarına neden olan daha çok verilen eğitimin değerlendirilme aşaması idi. Her üniversitede her sene asistan sınavları yapılmakta idi, ancak sadece 9 Eylül Üniversitesi üniversitesinde uzmanlık sınavına girebilmek için bir yeterlilik sınavı yapılıyordu.

"Diğer düzey atlatıcı değerlendirmemiz uzmanlık sınavına girmeden önce oluyor. 500 soru sınavı dediğimiz bir sınavımız var, gerçekten 500 soru var sınavda. Ama o sınav 5 tane rehberden Endokrin Metabolizma Derneği'nin diyabet rehberi, Avrupa Hipertansiyon Birliği'nin ya da Kardiyoloji Birliği'nin hipertansiyon kılavuzu, depresyon kılavuzu, osteoporoz kılavuzu ve bir de bir şey daha. Bu kılavuzlardan 500 tane soru var, ama çoktan seçmeli değil, doğru yanlış sorusu. Bu kılavuzlardaki cümleleri alıyoruz, kimisini yanlış şekilde değiştiriyoruz, kimisini olduğu gibi bırakıyoruz. Buradaki hedefimiz oradaki kılavuzları öğrenmesi, sınava o bilgiyi, o kılavuzu, o klinik bilgiyi bilerek girmesi. Sınavdan 1 ay kadar önce bu sınava giriyorlar ve bu sınava girebilmek için bu sınavdan 80 almak zorundalar, yani kaç oluyor 400 soruyu mu en az yapmaları gerekiyor? Evet, herhalde 400 soruyu doğru yanıtlamaları gerek bu sınavda. Şu ana kadar kalan kimse olmadı." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

Eğitim ASM'nin olmaması veya yeterince faydalanılamaması uygulama farklılıkları alt temasında yer alan bir diğer nokta olarak belirlendi. Sadece Dicle Üniversitesinde eğitim ASM olmadığı tespit edildi; bu durumun Aile Hekimliği uzmanlık eğitimini önemli ölçüde etkilediğini Dicle Üniversitesi üniversitesindeki bir eğitici şu şekilde dile getirdi:

"*Aile Hekimliği eğitiminde rotasyonunun dışında kalan zamanların da eğitim ASM'lerde geçirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Ama çoğu üniversitede hala eğitim ASM sağlanamıyor ki, bir tanesi de bizim üniversitemiz. Yani alt yapı hazır olmadan birinci basamak eğitiminde ben eksiklik görüyorum."* (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

Sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistanlarının normal Aile Hekimliği asistanlarına göre verilen eğitimi daha iyi aldıkları bir eğitimci tarafından şu şekilde vurgulandı:

"Öğrenciler sahayı görmüşlerse eğer, ki ben bunu en çok SAHU dediğimiz sözleşmeli uzmanlık öğrencilerinde görüyorum. Onlar şimdi hem eğitim görüp hem sahada hasta bakmaya devam

ettikleri için bu aldıkları bilgileri daha bir sünger gibi çekiyorlar. Onun da bir sebebi şu, bugün öğrendiğini yarın hastasında uygulayabiliyor. Ama öbür dinleyen asistan şu anda mesela Kadın Doğumda doğumhane rotasyonunda ise sizin astımla ilgili konuştuğunuz şey onun çok o an için ilgisini çekmeyebiliyor." (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

Eğitim ortamı: Eğitim ortamı alt temasına bakıldığında mevcut eğitim-ASM'leri, eğitim ortamının kalabalıklığı, eğitici eksikliği, eğitim ortamının fiziksel yapısı, klinik hizmet baskınlığı, gibi hususlar ön plana çıkmakta idi.

"Eğitim ASM önemli bir şey, çünkü şöyle düşünün, eğitim ASM olmayınca bir cerrahın kendi başına ameliyat yapmadan sahaya çıkması gibi düşünün, öyle oluyor. O yüzden eğitim ASM'lerin önemli olduğunu düşünüyorum, uygulamayı öncesinde yaşamaları için." (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

"Bizim bir tane eğitim aile hekimliği birimimiz var, yani sahada aile sağlığı merkezi gibi. Orada eğitim alan asistanlarımız ile almayanlar arasında %100 fark var." (Katılımcı 7, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi)

"Hastaya sahip çıkma, sürekliliği sağlama, ekip çalışması bunlar eğitim ASM'lerde öğreniliyor. Evet, hastayla karşılaşma her ortamda oluyor elbette ki. Ama diyorlar ki, burası farklı, çünkü poliklinikte bir kere görüyorsun hastayı, onda sorumlu hissetmiyor, çünkü diğer branşlarda ne gördüyse, Dahiliyede ne gördüyse, çocukta ne gördüyse, onu yapıyor hastanede. Ama birinci basamağın dinamikleri çok farklı." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Bir eğitimci eğitim ortamındaki bir diğer sorun olan uzmanlık öğrencisi sayısında ve fiziksel eksikliklerden şu şekilde bahsetti:

"Fiziksel eksiklikler de problem yaratıyor aslında. Mesela ben asistan derslerini çok kalabalık olduğu zamanlarda amfilerde yapmak zorunda kalıyorum. Oysaki bizim de diğer klinikler gibi kendi eğitim salonlarımız olmalı. Kaldı ki bu kadar kalabalık olmamalı asistan sayımız, eğitimin daha verimli yapılabilmesi için." (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

Uzmanlık öğrencisi sayısındaki fazlalığa eşlik eden bir diğer sorun eğitici sayısındaki yetersizlik idi. Eğitim ortamında akademisyen/eğitici sayısının az olması eğiticiler tarafından vurgulanan diğer bir önemli sorun idi.

"Burada 4 hocayız. (Uzmanlık öğrencisi olarak) 28-29 tane AHU var, yaklaşık 30 tane de SAHU var. Toplam asistan sayısı 60'a yakın. 4 hocayı düşünürsek, hoca başına 15 asistan düşüyor. O yüzden çok mükemmel değil tabii, daha iyi olabilirdi ama Türkiye'deki başka üniversiteleri düşünürsek ortalarda sayılırız eğitim anlamında." (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

"Eğitici az, asistan çok. Diğer eğitim araştırmalar gibi sadece asistan eğitimi yok, öğrenci eğitimleri de var burada. Eğitim-araştırma-hizmet ayağı var. Hizmet ayağı açısından hizmet üretilmesi beklenen bir ortamda hekimlik yapılıyor ve eğitim veriliyor, bunlar zorlayıcı kısımlar." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Aile Hekimliği eğitiminde özellikle hasta ile görüşme becerisinin verilebilmesinin öneminden bahseden bir eğitimci asistan sayısının fazlalığının ve akademisyen sayısının eksikliğinin bunu zorlaştırdığını belirtti.

"Bir Aile Hekiminin en önemli becerisi hasta ile görüşme becerisidir. Biz uzmanlık eğitimimizde bunu sınırlı bir şekilde verebiliyoruz, çünkü çok fazla asistanımız var, çok az kişiyiz ve hasta ile görüşme en iyi birebir eğitimle verilebiliyor. Yani birlikte hasta göreceksiniz, öğrenciye geri bildirim vereceksiniz, karşınızdaki insana geri bildirim vereceksiniz, onun nasıl hasta baktığına bakacaksınız, işte öğrenme hedefleri çıkartacaksınız falan. Ama 4 öğretim üyesi, 5 öğretim üyesi 100 tane uzmanlık öğrencisi ile bunu birebir yapamıyor." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

Klinik hizmetin uzmanlık eğitimi olumsuz yönde etkilemesi, bunun eğitimi planlama ve sürdürmede zorluklara neden olması eğitim ortamına ilişkin bir diğer nokta olarak belirlendi.

"Diğer eğitim araştırmalar gibi sadece asistan eğitimi yok, öğrenci eğitimleri de var burada. Eğitim-araştırma-hizmet ayağı var. Hizmet ayağı açısından hizmet üretilmesi beklenen bir ortamda hekimlik yapılıyor ve eğitim veriliyor, bunlar zorlayıcı kısımlar. Yani bu sadece Marmara Üniversitesi Aile Hekimliğine özgü değil elbette ki, ama yine de ortak kullanım protokolleri olumsuz etkiliyor olabilir diye düşünüyorum. Çünkü işte bir eğitim plan programı yapıyorsun ama hastanenin sizden beklediği hizmet farklı olabiliyor. Sürekli programda değişiklikler yapmak zorunda kalabiliyorsunuz, bu çok yıpratıcı bir süreç. Asistanı bir eğitim için programlamış iken o asistanın başka bir yere çekilmesi gerekebiliyor. Ya da işte rotasyona gönderiyorsunuz ama oradaki rotasyon için başka bölümlerden de gelen olabiliyor ve çok kalabalık deniyor, şimdi alamayız diyor. O rotasyon planını farklı bir şekilde yapmak gerekiyor ya da ertelemek gerekiyor iptal etmek söz konusu değil elbette." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Programın değerlendirilmesi: Verilen eğitimin programın değerlendirilmesi noktasında geri öğrenci görüşlerinin ve geribildirimlerin öne çıktığı görüldü. Asistan hekimlerin mezuniyet sonrası geri bildirimlerinin, uzmanlık öğrencilerin asistanlıkları sırasında verdikleri geri bildirimlerin ve öğrencilere eğitimleri sırasında eğiticiler tarafından geri bildirim vermenin öneminden bahsedildi. Ancak öğrencilere geri bildirim vermenin asistan sayısının fazla ve eğitici sayısının az olması nedeniyle gerekli ölçüde yapılamadığı belirtildi.

"Hem kendi deneyimlerimden hem de benden sonra gelen arkadaşlarda da sahada çalıştıklarında özellikle insan iletişiminde, yani insanlarla olan iletişim de, biyo-psiko-sosyal yaklaşımın, bizim o ilkelerin yani birinci basamaktaki uygulamaları gerçekten hayata geçirdiklerinde hem kendilerinin rahat ettiğini hem de karşı taraftan memnuniyetin arttığını rahatlıkla söylüyorlar. Her zaman da bu şekilde geri dönüşler oluyor hasta yönetimi açısından" (Katılımcı 3, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

"Biz asistanlarımızın geri bildirimleriyle eğitim programımızda gerçekten ciddi bir yön veriyoruz. Onlardan aldığımız geri bildirimler ve onların önerileri, eksik hissettiği konular, bunları isimsiz olarak her dönem aldığımız online anketler yardımıyla çok rahat bir şekilde değerlendirme fırsatımız oluyor. İsim vermedikleri için çok rahat bir şekilde eleştire de biliyorlar." (Katılımcı 7, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi)

"Biz uzmanlık eğitimimizde bunu sınırlı bir şekilde verebiliyoruz çünkü çok fazla asistanımız var, çok az kişiyiz ve hasta ile görüşme en iyi birebir eğitimle verilebiliyor. Yani birlikte hasta göreceksiniz, öğrenciye geri bildirim vereceksiniz, karşınızdaki insana geri bildirim vereceksiniz, onun nasıl hasta baktığına bakacaksınız, işte öğrenme hedefleri çıkartacaksınız falan. Ama 4 öğretim üyesi, 5 öğretim üyesi 100 tane uzmanlık öğrencisi ile bunu birebir yapamıyor." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

Etkin karşılamalar ve etkileşim:

Dördüncü ana tema olan "Etkin karşılaşmalar ve iletişim" kapsamında "Hastayla etkin iletişim ve sürece katma" ve "Sağlık çalışanlarıyla etkin karşılama ve ekip olma" alt temaları yer almaktaydı. Diğer hekimler ile karşılaşma alt teması sistem ve karşılaşmalar ana temalarının kesişiminde yer almaktaydı.

Hastayla etkin iletişim ve sürece katma: Bu alt temada Aile Hekimliğinde hastaya bütüncül yaklaşım, hasta ile etkin iletişim ve süreci birlikte götürme gibi hususlar ön plana çıktı. Bunun hastanın tedaviye uyumunun, tedaviyi etkin şekilde planlamanın önemli bir parçası olduğu belirtildi.

"Bütün branşlarda çok önemli iletişim. İletişim bizim silahımız. Profesyonelliğimizin bir parçası. İletişim olmazsa olmaz. İletişim becerilerini kullanabilmek çok önemli. Bunu hani iletişim becerisini kullanmak diyorum, iletişimin iyi kötü olup olmaması değil oradaki olay. Ama tabii birinci basamakta çok daha önemli. Çünkü o kişiyi uzun süre görüyorsunuz, yani sürekli bir ilişki kuruyorsunuz. Daha fazla zaman ayırıyorsunuz. Farklı sebeplerden dolayı hastayı görüyorsunuz bu nedenle aile hekiminin daha fazla o beceriye sahip olması gerekiyor." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"Bir aile hekiminin görüşme becerisi en sahip olabileceği en önemli beceridir. Çünkü bütün işini, bütün etkinliğini bu görüşme üzerinden yapar aile hekimi. Sadece hastanın yakınmalarının sorgulanması değil onunla bir iletişim kurulması, bir ilişki kurulması karşıdaki kişinin tanınması, anlaşılması ve onun gerekirse sağlık davranışını değiştirecek, tedaviye uyumunu değiştirecek ya da iyileştirecek işte biraz önce söylediğim gibi otonomi kazanmasını sağlayacak bir hasta hekim ilişkisi hasta ile görüşme yolu ile kurulur." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

"Hasta bana geldiği semptomlar önemli ama ben hastanın bütün hastalıklarını bütün kullandıkları ilaçları ve psikolojik halini bilmek isterim. Bazen verdiğimiz ilacın sekonder kazancı da olabiliyor, faydalı olabiliyor musunuz, bu da ancak hasta ile iletişiminiz de oluyor." (Katılımcı 2, Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi)

"Aslında ortak karar verme süreci olsa tabii ki hastanın tedaviye uyumu daha iyi oluyor bunu her görüşmemizde konuşuyoruz. Hasta ile ortak karar vermek dediğimizde hasta nasıl bir iyileşme istiyor, nasıl bir değişim istiyor bunu kafamızda tasarlamak aslında onunla konuşarak ve sonrasında uygun tedaviye başlamak belki daha kıymetli olabilir ortak karar vererek." (Katılımcı 3, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

"Aile hekimleri olarak biz biraz daha bütüncül kapsayıcı bir yaklaşımla yaklaşmaya çalışıyoruz ve biyopsikososyal olarak değerlendiriyoruz. Dolayısıyla gelen vakayı sadece ilaç tedavisi verip gönderme şeklinde düşünmüyoruz. İşin içinde bu vereceğimiz ilaca uyumu, nasıl bunu kullanabilecek mi, ya da vereceğimiz tedavi belki diyet tedavisi vereceğiz, belki egzersiz tedavisi vereceğiz, ama önemli olan buna uyabilecek mi, onun yaşam tarzı yaşam şekli ortamı sosyal çevresi bunun için uygun mu, diye düşünüp hastayla beraber karar vermeye çalışıyoruz aslında." (Katılımcı 7, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi)

"Ne hekim tek başına hastayı iyi edebilir hasta olaya katılmazsa ne de hasta hekim ile iş birliği olmazsa, hekim ona yeterince açıklamalarda bulunmazsa, hasta tek başına bu işi başarabilir. Hastaya ben size yardımcı olmak için buradayım ama bu işi birlikte yapacağız mesajını verdiğinizde çok güzel sonuçlar alıyorsunuz" (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

Aile Hekimliği eğitiminde iyi iletişim becerilerinin olması ve hasta beklentilerinin karşılanabilmesi sonucunda tedavi planlama yaklaşımlarının daha iyi geliştiği katılımcılar tarafından şu şekilde belirtildi:

"Hasta beklentileri çok önemli, beklentileri mutlaka değerlendirmek gerekiyor. Hastanın beklediği bir şey olabilir, mutlaka sormak lazım. Hastanın mesela 2 yılda bilmem nesi var niye şimdi geldi, onu değerlendirmek lazım. Mesela Aile Hekimliklerinde çok olur, ilaç yazdırmaya gelen, sürekli tansiyon ilacı kullanıyordur ya da boğazı ağrıyordur, hocam şu ilaç iyi geliyor

onu yazar mısınız denebiliyor. O zaman hastanın beklentilerini de karşılayan aynı zamanda algoritmalara uygun tedavileri vermek önemli oluyor." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

"Ben hastaya zarar verecek bir şey değilse ve çok ciddi bir engel teşkil etmiyorsa hastanın isteklerini göz önünde bulunduruyorum. Çünkü hastaların taleplerini göz önünde bulundurmadığınız takdirde hastanın tedavi uyumu yeterli olmayabilir. Ama ben ikna ederim hastaları, yani konuşurum, uzun tartışırım. Yani onun için ne iyi olur, ne kötü olur, niye öyle düşünüyorum, o niye öyle düşünüyor, neden im istiyor, nedir onun bu isteği altında yatan sebep nedir, onları anlamaya çalışırım. Tartışırım yani ve anlayıp öyle ilerlerim. Hastanın önceliklerini önemserim ama çünkü önemsemezseniz tedavi başarınız olmaz, o zaman hasta sizin hiçbir önerinizi kullanmaz." (Katılımcı 9, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Sağlık çalışanlarıyla etkin karşılaşma ve ekip olma: Özellikle sağlık bakım süreçlerinde ve tedavi yaklaşımlarının oluşturulmasında birini gören etkin karşılaşmalarla sadece hekimlerin hekimlerden bir şeyler öğrenmesi değil sağlık işi yapan ekibin her birinden bir şeyler öğrenmenin, birlikte çalışmanın önemini bir eğitici şu şekilde belirtti:

"Bir ekip olarak, ekip olarak zaten hizmet vermemiz gerekiyor da, her ekibin her parçası bize bir şey katıyor diye düşünüyorum. Bu süreçte hem okuyarak, dolayısıyla hem gözlemleyerek, ama sadece doktoru değil, yani sadece ben aile hekimiyim diye bir aile hekimini gözlemleyerek değil, ben aile hekimiyim ama yanımdaki hemşireyi de, oradaki personeli de, temizlik personelinin hastayı tutuşunu bile, yani aslında çünkü bitirdiğimde bilmediğim bir şey bu, bunlar da bizim için önemli şeyler. Bunlar bile bana bir şeyler kattı diye düşünüyorum." (Katılımcı 7, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi)

"Hastaya sahip çıkma, sürekliliği sağlama, ekip çalışması bunlar eğitim ASM'lerde öğreniliyor. Evet hastayla karşılaşma her ortamda oluyor elbette ki. Ama diyorlar ki burası farklı, çünkü poliklinikte bir kere görüyorsun hastayı, onda sorumlu hissetmiyor, çünkü diğer branşlarda ne gördüyse, Dahiliyede ne gördüyse, Çocukta ne gördüyse onu yapıyor hastanede. Ama birinci basamağın dinamikleri çok farklı." (Katılımcı 10, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Tedavi planlama yaklaşımı: Eğitici verilerinin analizinde ortaya çıkan son ana tema "Tedavi planlama yaklaşımı" idi. Bu ana temada "Bütünlüklü/Bağlamsal tedavi planlama yaklaşımı", "Akılcı ilaç seçimi" ve "Toplumun/Hastanın sağlık/hastalık davranışlarının yönetilmesi" alt temaları belirlendi.

Bütünlüklü/bağlamsal tedavi planlama yaklaşımı: Tedavi planlama yaklaşımının oluşmasında tıp eğitiminin her basamağının etkili olduğu, üstünden görerek öğrenme/tedavi planlama yaklaşımını oluşturma kadar akılcı ilaç kullanımına ilişkin eğitim etkinliklerinin de

bu süreçte önemli olduğu tespit edildi. Yine aşağıdaki ilk katılımcının ifadesi ile *"reçete hekimi"* olmak yerine, *"ayrışmamış hastanın"*, bağlamsal unsurlar olarak bulunulan şehir, çalışılan kurum, ortam, hastanın özellikleri vs. unsurların dikkate alınarak değerlendirildiği ve "bütünlüklü ve bağlamsal sağlık bakım ve tedavi planlama yaklaşımı" oluşturmanın altı çizildi. *"Sadece reçete hekimi olarak mezun oluyoruz diye düşünüyorum ben. Çünkü bakarken dikkat ettiğim şey aslında orada, çünkü deneyimlemediğimiz için doktorun genel yaklaşımı değil de sadece gerçekten ağzından çıkan teorik bilgiler oluyor. Orada gözlemci olarak durduğumuzda da tıp eğitiminde hocalardan a hastalığına hangi ilacı verecek şeklinde yaklaşıyoruz. Ama öyle değilmiş tabii ki. Bunu süreç içinde yaşayarak deneyimleyerek tecrübe ederek şahsen öğrendiğimi düşünüyorum. Ayrıca bulunduğumuz ortam, şehir, hastanenin kapsamı ve içeriği, malzeme kapasitesi bile bizim tedavimizi etkileyebiliyor veya ortam yine etkileyebiliyor. Dolayısıyla bu dediğim gibi her il, her yaşanmışlık her hasta bize bir şey katıyor diye düşünüyorum ben. Muhtemelen herkes için öyledir yani bitirdiğimizdeki o teorik hekim sonrasında biraz daha aslında kapsayıcı, daha böyle hastayı da düşünen tecrübelerle tabii ki bir hekim haline geliyor."* (Katılımcı 7, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi)

"Öğrencilikte herkesin algısı farklı. Hocalar eğitim veriyorlar ama her öğrencinin o hocadan öğrendiği şeyler farklı olabiliyor. Mesela Hacettepe mezunu arkadaşlar ya da Dicle Üniversitesi mezunu arkadaşların aldıkları öğrendikleri bireysel olarak farklı olabilir. Genellikle üstlerinden görerek aslında tedaviler öğreniliyor gibi düşünüyorum. Usta-çırak ilişkisi de diyebiliriz buna. Tabii okuduğumuz şeyler, aldığımız dersler, gördüğümüz vakalar da bunlara eklenince kendi tedavi yaklaşımımızı oluşturmuş oluyoruz" (Katılımcı 6, Prof. Dr., Dicle Üniversitesi)

"Baktığınızda öğrencilikten beri gelen bir süreç var. Bizim şansımız tedavi ile ilgili işleri bitirirken akılcı ilaç dersimiz vardı. Aile Hekimliği hocaları tarafından anlatılıyordu. Uygulaması vardı. 19 Mayıs Üniversitesi Mustafa Hoca ve Füsun Hoca vardı. Daha sonra bunlar bu işin eğiticiliğini de yaptılar. Bu Groningen modeli ile ilgili işler. Bunlar da bize gelip hep birinci basamaktaki aile hekimliğindeki en sık 5 tane hastalık üzerinden. Ersin ... Hoca farmakoloji, o da vardı. Daha sonra biz de eğitici eğitimini alarak bu süreçlere devam ettik. Bu eğitimlerle bu işin basamakları o işin nasıl yapıldıkları, analizi nasıl yapıldığı kişisel ilaç bunların nasıl yapıldığı ile ilgili işler. Bununla ilgili liste oluştur cebinde bulunsun." (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

"Aile hekimliği en üst düzey iletişim becerilerine sahip olması gereken uzmanlık alanı. İkincisi ayrışmamış hastaya yaklaşım. Yani bize hasta birinci basamağa öyle ona buna ayrılmış olarak gelmez, hiç aklınıza gelmeyecek şikayetlerle gelir. Bunların yönetimi ile ilgili bir beceri

geliştirmesi gerekiyor. Bunlar çok kolay beceriler değil ve zamana ihtiyaçları oluyor." (Katılımcı 9, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Akılcı ilaç seçimi: Katılımcılar tedavi planlamalarında akılcı ilaç seçiminin öneminden bahsettiler. İlaç seçiminde özellikle bildikleri, güvendikleri, maliyeti düşük ilaçların seçimi ön plana çıkmakta idi. Yine ilaç seçiminde hastaya göre ilaç seçme, kılavuzlara uygun ilaçları reçete etme gibi noktalar ortaya çıktı.

"Şimdi birincisi akılcı ilaç kullanımı benim için çok önemli, çünkü ben 1998 Temmuz mezunuyum. Yani bu bizim birçok yakındığımız direnç, ilaçların kötüye kullanımı bunların birçoğuna belki de biz sebep verdik, iş yoğunluğumuz nedeniyle, belki yeterince zaman ayıramamak nedeniyle. O yüzden onu çok önemsiyorum." (Katılımcı 5, Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi)

"Akılcı ilaç seçimi en temel ilkelerimizden. Hastanın durumuna göre bakıyoruz. Kişisel ilaç meselesi hem hastaya göre olan ilaç meselelerden biri hem de doktora göre olan meselelerden biridir." (Katılımcı 11, Prof. Dr.,19 Mayıs Üniversitesi)

"En ön planda tuttuğum bildiğim güvendiğim ve etkili olduğuna inandığım ilacı seçerim eğer eski yani eskiden beri kullanılmakta olan maliyeti düşük ve etkili bir ilaç varsa çok egzantirik seçimler yapmak peşine gitmem açıkçası. Mümkün mertebe en iyi bildiğim, en uzun süredir kullanılan, etkisi en güçlü, yan etkisi en az olanı tercih ederim. Yani prensip olarak piyasaya dün çıkmış bir ilacı eğer benim tek seçeneğim o değilse hemen denemem. Açıkçası güvenilir olması benim için önemli. İlacı tanıyor olmamız ve etkiler gibi yan etkiler açısından ilaca hakim oluyor olmamız önemli." (Katılımcı 4, Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi)

Toplumun/Hastanın sağlık/hastalık davranışlarının yönetilmesi: Toplumun ve hastaların sağlık ve hastalıkla ilgili algı ve davranışlarının, onlarla birlikte yönetilmesi tedavi planlama yaklaşımı ana temasında karşımıza çıkan başka bir alt tema idi. Aile hekimliği uygulamalarında hastaların uygun olmayan sağlık davranışları ve ilaç kullanımlarının azaltılmasına yönelik uygulamaların, hastanın otonomisi, sağlık ve sağlık bakımıyla ilgili toplumda yerleşmiş yanlış algı ve davranışların değiştirilmesi bağlamında şu şekillerde betimlendiği görüldü.

"Hastanın otonomisini, kendi sağlığı üzerindeki kontrol duygusunu artırmaya çalışıyoruz bütün temaslarımızla. Bunun en önemli araçlarından bir tanesi de aslında hastaya sağlık sistemi ya da sağlık çalışanları tarafından farkında olunarak ya da olunmayarak ya da kültür tarafından empoze dilen medikalizasyon denilen durumu tersine çevirmeye çalışmak. Medikalizasyondan biz şunu anlıyoruz: hastanın benim sağlık sorunum bir tıbbi müdahale yapılmadan örneğin bir ilaç verilmeden, bir ameliyat olmadan, bir serum takılmadan, bir tetkik yapılmadan anlaşılamaz ya da tedavi edilemez inancının yerleşmesi hastaya; biz bunu tersine

çevirmeye çalışıyoruz. Bu nedenle ilaç seçimi genellikle mümkün olduğu kadar az oluyor, gereken ilaçlar sadece, ve hastanın koşullarını ve özelliklerini dikkate alarak oluyor bu seçim genellikle." (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

"D vitamini aldım ben Eczaneden, neden aldın, D vitamini eksikliği mi vardı, işte televizyonda Can Hocamız D vitamini eksik tutmayın dedi diyorlar. Bu Türkiye'nin muhtemelen ilaç kalemlerinin yarısı böyle. Bu Türkiye'nin gerçeği, buradaki Dahiliyeci de aynı işi yapıyor Cerrah da benzer işi yapıyor, aile hekimleri de benzer iş yapıyor. Mevcut ilaçların muhtemelen yarısı vatandaşın talepleri ile olan bir süreç. Belki antibiyotikle devlet tarafından uyarılar var ama diğer ilaçlar içinde bu durum geçerli. Vatandaş ağrı kesicileri leblebi gibi yutuyor. Bunu doktor verdi, vermedi diye görmüyor, kendi vatandaş kendi kafasına göre ulaşıyor. Tabii ki reçetesiz ilaç alabildikleri için bu durum devam ediyor, reçeteli ilaç kullanımı uygulaması olsa bunlar yaşanmayacak, olay farklı tarafa gidiyor." (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

Bu kapsamda bitkisel ilaç kullanımı da bu süreci etkileyen diğer bir unsur olarak karşımıza çıktı.

"Alternatif tıpçılık, aktarcılık var. Kimin ne kullandığını bilmiyorsunuz, işin çığırı çıkıyor, iş başka tarafa gidiyor. Hasta bunu söylemiyor şimdi, doktor bana bir şey diyecek diye, hastada bunu doktora söylemiyor. Bu da ayrı bir sıkıntı, mesela çaylar su gibi tüketiliyor. Ne içtiğini de bilmiyor, mesela papatya çayı içiyorum diyor. Ne papatyası içiyorsun diyorum, bilmiyorum ben gittim. Kaç çeşit papatya var biliyor musun diyorum. Bilmiyorum ki diyor, papatya tek tip değil mi diyor. Ya bunun 600 çeşidi var, bunun da 6 Alman papatyası olan sadece iyi olan dediğim de, öyle miydi diyor. Öyle miydi diyor ama bir şey değişmiyor, adam birilerini getirip koydu, oradaki çuvalın içindeki aktardaki kontrolsüz şeyleri alıp içiyorlar, sonunda da geliyor, karaciğer enzimleri yükseliyor, böbrekler gitmiş yazık oluyor, bu da büyük bir sorun olarak büyümeye devam ediyor." (Katılımcı 12, Doç. Dr., 19 Mayıs Üniversitesi)

"Ben bir omega 3'ü veriyorum çünkü kanıtı var kullanıyorum. Kullanılmasının faydalı olduğunu düşünüyorum. Kanıtı önemli benim için. Mesela kekik suyunu iç falan beni endişelendiriyor üstüne üstlük" (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

Yine, bu alt temada birinci basamakta verilen beslenme eğitimleri ve yaşam tarzı değişikliği için önerilerinin hastaların tedavi planlamalarında farka neden olacağı dile getirildi. İlaç dışı tedavinin hasta ile birlikte, hastanın bireysel, sosyokültürel özelliklerine uygun bir şekilde planlanmasının önemi ve yolları, bu süreçte kullanılan stratejiler, araçlar ile birlikte betimlendi.

"Beslenmesine uyamıyor mesela, nasıl besleniyorsun, örneğin biz şey yapıyoruz, diyet günlüğü istiyoruz, beslenme günlüğü istiyoruz hastalardan. Yaz mümkün olduğunca diyoruz, yani hiç

şey yapmadan şunu da mümkün olduğunca açıklamaya çalışıyoruz. Bu seni yargılamak için yaptığımız bir şey değil, seni anlamak için yaptığımız bir şey, nasıl beslendiğini görebilirsek birlikte doğru çözüm üretebiliriz, seninle birlikte senin koşullarına uygun. Çünkü her hasta için ayrı bu. Yani bunun, tek bir diyetisyene göndereyim de, sana bir diyet listesi versin de, çözülecek bir durum değil bu. Çünkü her insanın evinde pişen yemek kültürü farklı, alışkanlıkları farklı, damak tadı farklı, inanışları farklı bunu bir konuşmak lazım onlarla" (Katılımcı 1, Doç. Dr., 9 Eylül Üniversitesi)

Bir katılımcının, tedavi planlamaya ilişkin Aile Hekimliği yaklaşımını/bakış açısını "*hastanın hastalığını tedavi etmek"* yerine *"hastanın sağlık durumunu yönetmek, hastalığını yönetmek"* ifadeleri ile çerçevelediği görüldü:

"Bizde hastanın hastalığını tedavi etmek gibi bir bakış açımız yok bizim. Biz hastanın sağlık durumunu yönetiyoruz, hastalığını da yönetiyoruz diyebiliriz. Diyabeti tedavi etmeyiz biz hiçbir zaman, diyabetin tedavisine inanmayız biz, diyabetli hastayı yönetiriz. Diyabetli hastanın yaşam kalitesini daha iyi hale getirmeyi, yaşam kalitesini düzenlemeyi, koruyucu yaşam tarzı değişikliklerini yerleştirmeyi, tanı ve tedavi süreçlerinde birlikte hareket etmeyi hedefleriz. Yani bizim idealize ettiğimiz durum bu, bunu yerleştirmeye çalışıyoruz." (Katılımcı 8, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi)

6.2.3. İntörn hekimlerin tedavi planlama ve yürütmeye ilişkin deneyimleri

Hem Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinden hem de eğiticilerinden toplanan nitel verilerin analizinde ortaya çıkan alt temalardan birisi mezuniyet öncesi tıp eğitimi olarak belirlendi. Tedavi planlamaya ilişkin süreçleri belirleyen unsurlardan birisi mezunların tıp eğitimi süreçlerinde bu yönde yaşadıkları deneyimler ve fakültelerin mezunlarını bu yönde ne kadar yeterli mezun edebildikleri oldu. Bu noktada, veri çeşitlemesini artırmak amacıyla, sınırlı sayıda da olsa tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencisi/intörn hekim ile de derinlemesine görüşmeler yapıldı ve bu başlık altında, son olarak intörnlerden toplanan bu verilerin analiz bulguları sunuldu.

6.2.3.1. Katılımcı özellikleri

Çalışmamızda 2'si Marmara Üniversitesi, 3'ü İstanbul Medeniyet Üniversitesi, 2'si 19 Mayıs Üniversitesi olmak üzere toplam 10 intörn katılımcı ile görüşüldü. Katılımcıların özellikleri Tablo 35'te verilmiştir.

Tablo 37. Katılımcıların Özellikleri

Katılımcı	**Cinsiyet**	**Yaş**	**Üniversite adı**
Katılımcı 1	Kadın	24	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 2	Erkek	26	Marmara Üniversitesi
Katılımcı 3	Kadın	24	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Katılımcı 4	Kadın	24	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Katılımcı 5	Kadın	23	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Katılımcı 6	Erkek	23	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Katılımcı 7	Erkek	24	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Katılımcı 8	Erkek	25	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Katılımcı 9	Kadın	23	19 Mayıs Üniversitesi
Katılımcı 10	Kadın	23	19 Mayıs Üniversitesi

6.2.3.2. İntörn hekimlerin tedavi planlama deneyimleri

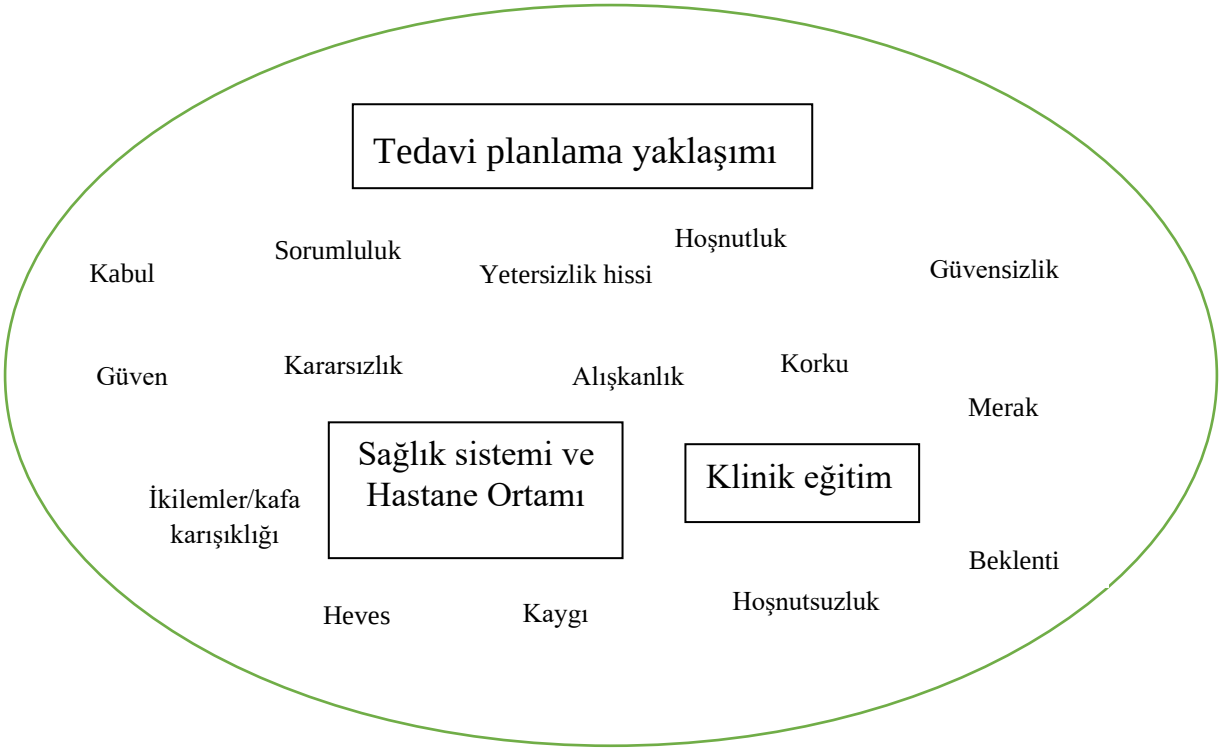
Çalışmamızda "Sağlık sistemi ve hastane ortamı", "Klinik eğitim" ve "Tedavi planlama yaklaşımı" olmak üzere üç ana temaya ulaşıldı (Tablo 36).

Tablo 38. Ana tema ve alt temalar

Ana temalar	**Alt temalar**
Sağlık sistemi ve hastane ortamı	Hasta niteliği ve yoğunluğu Sağlık politikaları ve hastanın ekonomik durumu
Klinik eğitim	Staj programları ve birebir hasta bakma Öğrenme sorumluluğu alan öğrenci Hastayla karşılaşma(ma) ve iletişim Eğitim programı ve uygulamadaki sorunlar
Tedavi planlama yaklaşımı	Tedavi planlama süreci Akılcı ilaç seçimi İlaç seçiminde bağlamsal belirleyiciler

Uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerden farklı olarak duyguların bu süreçte önemli olduğu, duygusal deneyimlerin ve ortamın/iklimin tüm ana temaları etkilediği ve tedavi planlama açısından sonuçlara etki ettiği görüldü. İntörnlerin bu süreci heves, merak, kabul, beklenti, sorumluluk, güvensizlik, kararsızlık, ikilemler/kafa karışıklığı, kaygı, korku, yetersizlik hissi, hoşnutsuzluk vb. ile birlikte duygusal deneyimler olarak yaşadığı ortaya çıktı. Analiz

sonucunda, intörn hekimlerde tedavi planlama yaklaşımının oluşumunda belirleyici olan durumlara ilişkin olarak ortaya çıkan genel çerçeve Şekil 10'de görselleştirildi.



Şekil 10. İntörn hekimlerde tedavi planlama yaklaşımının oluşumunda belirleyici olan durumlar

Sağlık sistemi ve hastane ortamı

Sağlık sistemi ve hastane ortamı ana teması altında "Hasta niteliği ve yoğunluğu" ve "Sağlık politikaları" olmak üzere iki alt temaya ulaşıldı. Yaşanan (kendine) güvensizlik veya güven duyma, ikilemler/kafa karışıklığı, kararsızlık ile yaşanan duygusal deneyimlerin intörnlerin tedavi planlamalarını etkilediği görüldü.

***Hasta niteliği ve yoğunluğu*:** Bu alt tema altında bir taraftan hastanenin büyük olmasının, hasta çeşitliliğinin çok olmasının öğrencilerin eğitiminin ve tedavi planlama yaklaşımının gelişmesi anlamında olumlu yönde önemli katkıları olduğunu belirlendi. Bu durumun öğrencilerin daha donanımlı hale gelmesine ve mesleki hayatında kendilerini daha güvende hissetmelerine katkı sağladığı görüldü. Ancak, diğer taraftan hasta yoğunluğunun tedavi planlama yaklaşımının gelişmesi anlamında olumsuz etkilerinin olduğu ifade edildi.

"*Biz büyük bir hastanede de eğitim aldığımız için çok çeşitli vakalar görme imkânımız oluyordu. Bu insanın meslek hayatında ufkunun genişlemesine sebep oluyor gibi hissediyorum. Yani biz burada bunlara bakmıyoruz dediğimiz hiçbir hastalık grubu yok. Bence daha donanımlı bir hale getiriyor bizi."* (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

"*Hasta yoğunluğu da tedavi planlımı etkiliyor sonuçta ciddi anlamda çünkü dikkat dağınıklığı bile yapabilir o yoğunluk. Senin hasta yaklaşımını etkiliyor, demoralize olman da senin hasta yaklaşımını etkiliyor. Çünkü beynini kullanıyorsun yani bir yerden bakıp bir şey yazmıyorsun."* (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

Hastanenin klinik yükü ve hasta yoğunluğunun ortaya çıkardığı önemli sonuçların başında öğrencilerin intörnlük eğitimlere devam eden öğrenciler ve sağlık bakım süreçlerine aktif olarak dahil olan intörn hekimler olarak görülmek, yerine daha çok hastane işleyişine destek olan, işlere koşuşturan kişiler olarak görülmesi yönünde idi. Onlarda hoşnutsuzluk, memnun olmama gibi duygular oluşturan bu durum eğitimlerinin önünde engel teşkil etmekte idi. Böyle bir süreçte kendilerini hekim gibi hissetmiyorlardı, kendilerine hissettirilenler çoğunlukla bu yönde olmuyordu.

"*Birçok staj da böyleydi, ne de hastane içerisinde gerçekten bir sene sonra işte o asistanların meslektaşı olacak donanımda yetiştirilmedik. Sadece hastane işleyişine destek olan intörncükler olduk ve bu tavır olarak da öyle bu doktor gibi hissetmenin önünde çok önemli bir engel oldu."* (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

"*İntörnlük sürecinin her bölüm için söylemeyeyim ama bazı bölümler açısından çok eğitici olduğunu söyleyemem çünkü daha çok iş yapmak üzerine oluyor, yani kan al, kan şekeri bak, sonda tak. Acil gibi belli başlı bölümler eğitici olmuştu o yüzden son sene çok fazla eğitici olduğunu düşünmüyorum*." (Katılımcı 9, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

"*Daha çok böyle kan alma, sonda takma personelin olmadığı yerde maalesef personel işi yapma ya da nöbete kalıp asistanlara dosya konusunda şu konuda getir götür konusunda yardımcı ol, nükleusa bilgi gir, klinik seyirlerini kopyala yapıştır gibi böyle sekreter işleri yaptırıldığı için doktorluk namına bir şey olmadığını düşünüyorum*" (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

Sağlık politikaları ve hastanın ekonomik durumu: Nitel verilerin analizinde bu kapsamda öne çıkan nokta hastanın ekonomik durumu ile ilaçların sosyal güvenlik sisteminden geri ödeme durumu idi. Bu durumun tedavi planlama yaklaşımını etkileyen bir diğer unsur olduğu görüldü. Öğrenciler bir taraftan bu durumu kabul ederek, diğer taraftan hastalarına karşı sorumluluk hissederek hastaların ulaşabilecekleri ilacı yazmayı tercih ettiklerini belirttiler. Katılımcıların hepsi sosyal güvenlik kurumu tarafından geri ödenen ilaçları reçetelerinde yer vereceklerini, eğer seçecekleri ilaç SGK tarafından ödenmiyor ise bunu mutlaka hastaya ifade edeceklerini belirttiler.

"*Hastanın parasının olup olmaması bizi bağlayan bir durum. Hastanın tedaviye uyumu birçok faktöre bağlı ve eğer ücretini verip alamayacağı bir ilacı reçete edersem o ilacı alamaz ve*

tedavi olamaz ve o yüzden alternatifleri söyleyebilmeliyim gibi hissediyorum." (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

"*Ödenebilir ilaçtan yola çıkarım. Çok ödenebilir formu yoksa mesela bazı antidiyareikler, reflor gibi bazı probiyotik grupları ödenmeyebiliyor Devlette. Ama bunları vermemiz gerekebiliyor. İfade ederim, hastaya da sorarım, yani bunu alacak gücün var mı, 8 lira 10 lira 20 lira neyse. Yok derse daha ödenebilir çerçevede çözmeye çalışırım ama önceliğim her zaman ödenebilen gruptur yani çok böyle ödenmeyen gruba girmem."* (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

"*İlk önce uygun fiyatlısını reçete etmeyi düşünürüm ama elimden gelmiyorsa o ilaç ona yaramıyorsa ve pahalı olanı yazmak zorundaysan önce söylerim, bu ilacın fiyatı bu kadar, siz bunu karşılayabilir misiniz diye. Eğer karşılayamıyorsa da başka bir seçeneğim varsa onu yazmaya çabalarım. Ama başka bir seçeneğim yoksa da ve tek tedavi seçeneğim o ise de ücretli olduğunu açıklarım elimden sadece bu gelir*." (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

Klinik eğitim

Analiz sonunca ortaya çıkan ikinci ana tema "Klinik eğitim" idi. Bu ana tema altında "Staj programları ve birebir hasta bakma", "Öğrenme sorumluluğu alan öğrenci" ve "Hastayla karşılaşma(ma) ve iletişim" olmak üzere üç alt tema çıktı.

Staj programları ve birebir hasta bakma: Katılımcılar aldıkları mevcut eğitimi daha çok klinik bazda değerlendirdiler. Özellikle aldıkları eğitimi staj bazında değerlendirdiklerinde tedavi yaklaşımının belirlenmesinde en çok Acil stajının etkili olduğunu bunu Dahiliye stajının ve Genel Cerrahi stajının takip ettiğini belirttiler. Stajlardan hangi stajda daha çok pratik yapma imkânı buldularsa o stajdan daha çok öğrendiklerini belirttiler.

Bir katılımcı; "*Hasta takibi ve hasta ile irtibat kurduğumuz stajlar genelde daha eğitici ve öğretici oluyor*." (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi) diye belirterek primer, hastaya dokunarak yapılan eğitimin tedavi planlamadaki etkisini paylaşmıştır. Hasta ile birebir kalmalarının, sorumluluk almalarının, yaşadıkları duygusal deneyimlerle birlikte (korku, yetersizlik hissi, öğrenme hevesi, isteği, merak vb.) onları motive ettiğini, öğrenme için heveslerini artırdığını bir diğer öğrenci şu şekilde ifade etti:

"*Acilde daha çok sorumluluk alıyorum, daha çok strese giriyorum ama bunun beni daha çok eğittiğini ve daha çok hazırlıklı gitmek için böyle her gün kendimi hazırladığımı biliyorum. Yani bütün gün sonra takacağım mutsuzluğu ile gittiğimde bir şey öğrenmek için hevesinde olmuyor, çalışmıyorum da ama işte poliklinikte beni tek bırakacaklar, yanımda destek olacaklar, herşeyi*

sorabileceğim, hasta muayene edebileceğim ve pratik yapabileceğim dediğim noktada daha çok donanımlı oluyorum." (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

Ancak öğrenciler, staj programları bazında hasta ile karşılaşmaların ve tedavi planlamaya ilişkin yeterliklerinin farklılık gösterdiğini belirtiler. Genelde stajla birlikte kendilerini bu konuda yetkin görmedikleri ancak yapabilecek yeterlikte hissettiklerini ifade ettiler.

"*Acilde olduğumuzu varsayarsak bir oral antidiyabetik başlamayız, antihipertansif bir ilaç da başlayamayız biz. Acil şartları ortadan kaldırırız. Ama tabi Aile Hekimi olarak çalıştığımda olay daha farklı olur. Belki orada bir metformin başlayabilirim ya da bir minör bazlı bir antihipertansif başlayabilirdik, birinci basamak olarak. Ama acil olarak konuşursak tedaviyi verip taburcu etmeye yöneliktir."* (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

Öğrenme sorumluluğunu alan öğrenci: Katılımcılar mevcut eğitimde öğrenci olarak rollerinden ve özellikle kendi özeleştirilerini yaparak eğitimde daha çok sorumluluk almalarının gerekliliğinden bahsettiler. Sorumluluk hissinin ve heveslerinin eğitimleri için gerekli olduğunu belirttiler.

"B*en daha iyi eğitim alabileceğimize çok inanıyorum. Suçu hocalara ya da eğitim sistemine atmak değil. Benim de üzerime düşen şeyler vardı ve ben tam olarak yapmamışımdır ama intörn olarak hangi hastane olursa olsun, bu ne kendi kendinize ders çalışmak için yeterli zamanımız vardı*." (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

"*Bireysel anlamda öğrencilerin çabalaması gerektiğini düşünüyorum eğitim almak için, kendilerini yetiştirebilmeleri için*." (Katılımcı 3, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Bize verilen çok önemli değil gibi geliyor bana bizim ne kadar aldığımız önemli. Şimdi ben de aynı okuldan çıktım, başkaları da aynı okuldan çıktı, ama hasta nosyonu açısından, yani bu ego değil gerçekten, o yani egoistlik yapmıyorum, baya uçurum olduğunu gördüğüm çok insan var. Sonuçta ikimiz de aynı derslere girdik, aynı şeyler anlatıldı, aynı sınavlara girdik, onlar benden sınavdan yüksek aldı hatta*" (katılımcı 7, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Burası şey, eğitim al git bir okul değil, burada alacağım eğitimi uzun yıllar kullanacağım. Orada sadece bedenen olmuş olmamalıyız açıkçası. Zihinsel olarak da eğitimi kabullenmeli ve alabileceğimiz maksimum eğitimi almak istemeliyiz. Tabii ki zorla olmamalı ama sadece öğrenciye kalırsa da olmuyor işte (gülüyor). O yüzden kişisel bazda öğrencilerin sorumluluğu da var mutlaka.*" (Katılımcı 9, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

Hastayla karşılaşma(ma) ve iletişim: Öğrenciler hastalarla karşılaşmanın ve iletişimin tedavi planlamada ayrı bir yeri olduğunu belirttiler. Katılımcıların 8'i hasta geldiği andaki beklentisinin tedavinin şekillenmesi açısından önemli olduğunu belirtti. İki katılımcı hasta ile "uğraşmamak" için ve şiddet yaşama korkusu nedeniyle hastanın istediği ilacı yazabileceğini

belirtti. Burada kendini koruma, tartışmadan kaçınma ve korku duygusuyla hareket ettikleri görüldü.

"*Hasta anlayışlı bir hastaysa, yani sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bir hastaysa, ben hastaya kolay kolay gereksiz ilaç vermemeye çalışırım. Ancak eğer hastayla bir sıkıntıya düştüğümde ki periferde bu şartlar da olabilir, mesela antibiyotik endikasyonu olmamasına rağmen hasta ısrarcı olduğunda, ne yazık ki hekimlikten taviz verip antibiyotiğini yazarım. Bazı hastalara antibiyotik vermek istememize rağmen bize karşı ses tonlarını yükselterek birazcık sözel şiddete eğilim gösteriyorlar. Biz bu riski çok fazla göze almak istemiyoruz, çünkü malum haberlerde güvenliğin de herhangi bir can sağlığımıza faydası olduğunu göremedim, o güvende kendimi hissedemedim. O yüzden çok fazla riske atmadan ben de birçok doktor gibi hasta eğer şiddete maruz bırakırsa yazıyorum*." (Katılımcı 6, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Aslında bunun için inatlaşmaya gerek yok hasta ile bence yani en azından ilacın formunu tartışmam yani. İlla ilaç gerekli ise ve o formu istiyorsa onu reçete ederim diye düşünüyorum*." (Katılımcı 3, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Aslında birazcık da korku var tabii ki artık hastalara karşı. Çok aman bana bulaşmasın diye genelde yazmayı tercih ediyorum, çünkü biraz da tedirgin oluyorum açıkçası hasta bakarken. Yani hastaya bana işte bir zarar verir mi falan diye korkuyorum*" (Katılımcı 8, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Ben de istemediğim bir şeyi faydalı da olsa yapmaya çalışsa bir hekim, hekimle aramdaki iletişimin bozulacağına ona güvenimin azalacağını düşünürüm. O yüzden yani hasta eğer tedavi uygun bir şekilde oradaki imkanlarla edebiliyorsam olabildiğince etmeye çalışırım, hasta bazlı olarak düşünürsem*." (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

Eğitim programı ve uygulamadaki sorunlar: Klinik eğitim ana teması altında belirlenen son alt tema eğitim programının yapısı ve uygulamasında karşılaşılan sorunlara ilişkindi. Bu kapsamda ilk olarak, yeterince odaklı olmayan, fazla bilginin yüklendiği, pratikle ilişkilendirilmeyen teorik ağırlıklı eğitim içeriğinin bir sorun olarak betimlendiği görüldü. Pratik eğitimin sınırlı olduğu ifade edildi. Bu durum katılımcıların kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olmakta idi.

"*O kadar çok bilgi boca ediliyor ki üzerimize, bir noktada neyin daha önemli neyin daha az önemli ya da unutulabilir olacağını kaçırıyoruz*." (Katılımcı 7, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"Yaşlı hastaya ilaç herhangi bir şey reçete ederken endişeleniyorum. Çünkü bunun farkı eğitim hayatımızda belirtilmedi hiç" (Katılımcı 1, K, Marmara Üniversitesi)

"*Bir de teorik anlamda öğretiliyor bir şeyler ama pratiğe çıktığımızda tam bunları uygulayamıyoruz aslında. Eğitimin biz pratiğe çıktığımızda yapabileceğimiz şekilde olması gerekir aslında. Öyle daha iyi olabilir. Yani çok fazla detay öğreniyoruz. TUS hazırlığı için tamam ama biz sahaya çıktığımızda aslında basit bilgileri iyi bilmemiz gerekiyor ama çok detaylarda boğulduğumuz için basit şeyleri bazen bilemeyebiliyoruz, karıştırabiliyorum. Mesela bir sürü sendrom adı biliyoruz ama idrar yolu enfeksiyonunda bir antibiyotiğe direnç varsa ne yazacağımızı bilemiyoruz. En basit şeyleri daha net öğrenmemiz gerektiğini düşünüyorum*." (Katılımcı 4, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"Mezuniyet sonrası için biraz kaygılıyım aslında. Sonuçta bir tedavi vereceğim, acaba doğru tedavi mi, çok mu ağır ilaç verdim acaba, başka bir ilaç mı verseydim, çok mu etkisiz verdim, çok mu düşük başladım, gözden bir şey kaçırdın mı gibi kaygı haliyle olabilir ilk defa vereceğim için." (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi) "*Daha çok pratik anlamda biraz eksiklik var gibi. Hasta ile birebir kalmak çünkü çok farklı. Birinin yanında olup izlemek o daha farklı o daha kolay geliyor ama birebir kaldığında biraz daha korkutucu olabiliyor. Yani daha çok pratik anlamda eksiklik var. Daha çok pratik yapılması gerekebilir eğitimde, daha çok hasta ile birebir kalmak gerekir bence*." (Katılımcı 4, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Eğitim programıyla ilgili bir diğer sorun intörnlük eğitimi dönemine yönelik idi. Bu eğitim döneminin eğitimden çok iş yükünü eritmek üzerinden ilerlediğini, yeterince uygulama yapamadıklarını, uygulama eksikliklerinin olduğunu ve özellikle intörnlük eğitiminde yapılan işlerin mezuniyet hayatında işlerine yaramayacağını belirttiler.

"6. sınıfta belki biraz daha primer hasta bakmaya odaklanmalıyız ama hani iş yükü azalsın değil de, yani bunları yeşile koyalım orada hasta da eritsinler şeklinde değil de, bize danışabileceğim şekilde primer hasta baksınlar inisiyatifi biraz daha verilebilirse intörnlere periferde daha rahat hissederiz diye düşünüyorum." (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

"*Gerçekten 3 gün sonra mezun olacağım, pratisyenliğe geçeceğim ama 1 yıl boyunca bana yaptırılan şey kan al, sonda tak, kan al, sonda tak, bunu getir, bunu götür, kan gazını laboratuvara götür gibi şeyler olduğu zaman ve bu 1 yıl süre boyunca olunca dörtte beşte öğrendiğin şeyleri bile bir nebze unutuyorsun*." (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

Eğitim programındaki bu problemler nedeniyle katılımcılar kendilerini ilaç dışı tedavi de dahil tedavi planlamada yetersiz hissettiklerini belirttiler. Ayrıca ilaç-dışı tedavi düzenlemede hissettikleri yetersizliğin bir nedenini de bu konuya eğitimlerinde yeterince yer verilmemiş olmasına bağladılar.

"*Farmakolojik olarak gerçekten bütün ilaçlara hakimim, Patoloji ve Dahiliye anlamında da kendime güvenirim. Ancak hasta geldiğinde örneğin acilde dolabımda hangi ilaçlar var, bu*

ilaçlar nasıl kullanılıyor, hangi hastalıkta nasıl order ediliyor bilmiyorum ve ben mezun olmak üzereyim. Farmakoloji adına en eksik olduğum şey ve kendimi güvende hissetmediğim şey hastaya ilacı order etmek. Bu konuda belki biraz daha deneyim sağlanmalı diye düşünüyorum." (Katılımcı 6, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Mesela ishal olduğunda patates, yoğurt, limon tuzu yenildiğini ben anneannemden öğrendim (gülüyor). Hani ben bu pratik şeyleri anneannemden değil üniversitedeki hekimlerden duymayı daha çok isterdim. Her şey farmakolojik tedavi ile yönetilemeyebiliyor, özellikle periferde daha da zor olabilir*." (Katılımcı 6, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Tedavi planlama yaklaşımı

İntörn öğrencilerden toplanan nitel verilerin analizinde ortaya çıkan üçüncü ve son ana tema, "Tedavi planlama yaklaşımı" idi. Bu tema, "Tedavi planlama süreci", "Akılcı ilaç seçimi", Alışkanlık, Defansif tıp ve Kanıta dayalı olmama alt temalarına ayrıldı.

Tedavi planlama süreci: Diğer ana temalara baktığımızda tüm ana temaların tedavi planlama yaklaşımını etkilediği görüldü. Tedavi planlama sürecinde katılımcılar hastaların tedavisini planlarken öncelikle ilaç-dışı ve/veya farmakolojik tedaviye mi başlayacakları kararını oluşturduklarından ve farmakolojik tedavi için uygun ilaç seçmenin öneminden bahsettiler.

"*Herhangi bir hastada ilk önce yani ilaç tedavisi mi ilaç dışı tedavi mi aslında onu bir değerlendiririm. Eğer mesela işte yaşam tarzı değişikliği önereceksem ilk olarak onları öneririm. Mesela yeni tanı diyabette ya da hipertansiyonda ilaç dışı tedavi çok önemli*" (Katılımcı 8, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*İlk önce yani hastanın vital değerlendirmesi yapıldıktan sonra hadi ÜSYE olarak konuşuyorsak eğer vital değerlendirmesinden sonra bu hasta yatarak mı tedavi olacak yoksa ayakta mı tedavi olacak, bunu bir kere iyi değerlendirmek lazım. Ve tabii burada hastanın sadece vitallerini göz önünde bulundurmamalıyız. Yaş, cinsiyet, varsa komorbiditeleri ne, bunları da göz önünde bulundurarak doğru tedavi planlaması yapmak gerekiyor*." (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

"*Hastanın hastalığına göre karar veririm. İlaç tedavisi verebilecek olduğum bir hastalığı mı var yoksa ilaç dışı tedavi yani yaşam tarzı değişikliği önerebileceğim bir hastalığı mı var buna bakarım. Mesela hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda öncelikle yaşam tarzı değişikliği önerebilirim. Eğer ilaç gerekli olan bir hastalığı varsa ve ilaç tedavisi önereceksem eğer mutlaka ilacın önemini vurgularım. Hastanın sosyokültürel durumunu göz önünde bulundururum. İlaca ulaşabilecek mi. Bunları göz önünde bulundurarak bilgilendirmemi ve ilaç seçimini yaparım*." (Katılımcı 5, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Tedavi planlama sürecinde ortaya çıkan bir diğer durum ihtiyatlı davranma idi. Katılımcıların riske girmemek adına tedavi yaklaşımında daha güvenli ve mininal bir davranış benimsedikleri görüldü.

"*Yaşlı hastalarda daha defansif oluyorum. Kronik hastalıklarını soruyorum ama genelde net bir cevap alınamıyor. Dolayısıyla riske girmek yerine yine en minimal ne yazabiliyorsam onu yazarım.*" (Katılımcı 7, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Hastalar kendi kondüsyonlarına çok hakim olmadıkları için kaş yapayım derken göz çıkarmak istemiyorum. Dönüp beni bulmaz yani acilde ağrı kesici verdi böyle oldu diye kimse peşime düşmez ama hasta yarın öbür gün sıkıntı çeker, sağlık sistemine yük olur, uzmana gider, yandala gider, işi büyütmenin çok basit bir ağrı için anlamı yok açıkçası o yüzden minimal tedavi.*" (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

Akılcı ilaç seçimi: İlaç tedavisinde akılcı ilaç seçimi önemli bir husus olarak katılımcılar tarafından dile getirildi. Bu bağlamda, ilaç seçiminde uygunluk, etkinlik, maliyet, yan etki, eşlik eden hastalık gibi durumların dikkate alındığı görüldü.

"*İlaçların akılcı, etkin, güvenli ve maliyet etkin olup olmadığına göre ilaç tedavimi veririm. Bunları göz önüne alarak en uygun seçeneği belirlerim*." (Katılımcı 3, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Mutlaka uygun hastaya uygun ilaç veririm. Diyelim ki kalp hastalığı olan bir hasta var, benim vereceğim ilaç kardiyak yan etki yapabilecekse bu ilacı vermem kesinlikle, ya da astımı varsa beta bloker vermem gereken bir durum varsa bir durup düşünürüm*." (Katılımcı 9, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

"*Hastaneye geçtiğimiz dönemde bunu ben sadece pediatride görebildim. Çünkü bir daha online'a geçtik. Her hastalık hakkında bizde akılcı ilaç oturumu yapılmaya çalışılmıştı. Mesela ishalli bir çocuğa ne yaparım, ateşli bir çocuğa ne yaparım gibi böyle birkaç tane daha akılcı ilaç oturumu olmuştu ve ben çok etkili olduğunu düşünüyorum. Hala o örnek reçetelerimi tutarım, bir gün acil de bana lazım olur diye. Onları hatırlıyorum mesela bir şeyler bana katmıştı*." (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

"*Hastanın neye ihtiyacı varsa ona yönelik bir tedavi veririm kalıp reçeteden ziyade*." (Katılımcı 7, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*İlaç seçim kriterleri var, etkinlik, maliyet, uygunluk gibi. Ama tabii ki benim açımdan en az maliyet önemli. Önceki geçmiş öyküsünü de sorarım, kullandığı ilaçları, sahip olduğu hastalıkları sorgularım. En son düşüncem maliyet olur. Etkinlik benim için en uygun. İkinci sırada da herhalde uygunluk, hasta için uygunluk. Mesela bir çocuk hastaysa acile gelen ona hap vermem çok mantıklı olmaz, çünkü o bir çocuk daha böyle şurup, tadı güzel olan, rengi*

farklı olan çocuğun ilgisini çekebilecek şeyler yazarım. Ya da hipertansif hasta için en etkili ilacım neyse onu veririm, acil şartları altında ya da genel durumu iyi ise hipertansif hastanın ilacını yazıp gönderirim ama genel durumu kötüyse reçete yazmam ek tetkik yaparım. Yani ilaç yazarken de sadece hipertansif değil yanında eşlik eden başka bulguları var mı ve genel durumu da iyi değilse onu sarı alanda gözlemde takip ederim. Hatta i.v. ilaç uygulamam gerekirse i.v. tedavi ile bir süre gözlemlerim." (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

İlaç seçiminde bağlamsal belirleyiciler: Analiz sonuncunda katılımcıların ilaç seçiminde alışkanlık, üstüne, akranına sorma, onlardan görüp tercih etme, ilaç firmalar temsilcileri, sistem gibi çeşitlik bireysel, toplumsal veya kurumsal bağlamların belirleyici olduğu ortaya çıktı.

Bu kapsamda ilaç seçiminde önemli bir belirleyicinin üstlerinin ve akranlarının tercihleri olduğu görüldü. Katılımcılar asıl olarak arkadaşlarına ve üstlerine sorarak tercihlerini belirlediklerini ifade ettiler. Bu hususta özellikle başkasının yaptığını kabullenme, doğrudur diye düşünme, hoca/uzman diyorsa doğrudur diye düşünme ve kabul etme yaklaşımının geçerli olduğu dikkatleri çekti.

"*Pratik anlamda aslında daha çok üstlerimden, arkadaşlarımdan öğrenmeyi tercih ediyorum. Başka asistanların uzmanların yanında vesaire yer aldıkça onların reçetelerini gördükçe onların orderlarını gördükçe onları tercih ederim. Onun dışında tabi reçete kitapları falan var onlardan da çalışıp öğrenebilirim diye düşünüyorum*." (Katılımcı 4, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Kitaplardan okuyacağım, tabi ki internetten çeşitli bilgi kaynaklarından arayacağım ama maalesef ki muhtemelen bir benden önce mezun olan bir pratisyen eğitecek beni. Ne yazık ki böyle olacak, bu çok acı ama bence tıp eğitiminin de geldiği nokta*." (Katılımcı 8, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"*Klinikte çok rahat bir şekilde hocalara ulaşıp istediğimiz şekilde danışabilme şansımız vardı. Hocalarla pratik yapabilme imkânımız oldu. İntörnlükte de sorun yaşamadım aslında. Hocalara olmasa da mutlaka uzmanlara ulaşabilme imkânımız oluyordu*" (katılımcı 5, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Katılımcılar ilaç seçimlerinde sistemin etkisi, ilaç firmalarının etkisi ve hastanın sosyal güvencesinin olup olmaması ve hastane politikaları gibi belirleyicilerin etkili olabildiğini belirttiler. Katılımcılar intörn oldukları için her ne kadar ilaç mümessilleriyle çok karşılaşmadıklarını belirtseler de asistanlardan, uzmanlardan gördükleri ve duydukları kadarıyla ilaç mümessillerinin reçete tercihlerini etkilemesinin mümkün olduğunu ifade ettiler.

"Hastanede ilaç bitince etkiliyor yani baktığınızda o da politika. IV yoksa mecbur intramüsküler yazıyoruz, yani etkilemez desem bile etkiliyor, şu an fark ediyorum yani. İlaç yok

Parol, flakon yoktu mesela, yazamıyorduk pediatride, çocuk alamıyor, olmayınca olmuyor. Hastane politikaları dolaylı olarak etkileyebiliyor doktorun tercihini, tedavisini de etkiliyor tabii." (Katılımcı 2, E, Marmara Üniversitesi)

"*Mesela bir ağrı kesici yazacaksam zaten tüm ağrı kesiciler benzer özelliklerde o ilaç mümessilinin getirdiğini daha çok yazabilirim belki diye düşünüyorum şimdi."* (Katılımcı 4, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"Tercih ederim yani, eğer zaten onu yazacaksan tercih ederim muhtemelen bana çalışan mümessilinkinin markasını yazarım. Ama yani sırf bu ilacı yazmış olmak için etkisi olmayacak olan bir ilacı yazmam hastaya." (Katılımcı 5, K, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"Her gelen ilaç mümessilini dinlerim mutlaka. Ama reçete konusunda ilacın maliyeti, etkinliğini, uygun endikasyonu değerlendirip ona göre reçete ederim. Her ilaç mümessilinin tanıttığı ilacı yazmam." (Katılımcı 6, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

"Mümessilinkini değil kendi güvendiğim şeyse yazarım. Ama illa o dedi diye de yazmam." (Katılımcı 10, K, 19 Mayıs Üniversitesi)

Katılımcılar ilaç seçiminde belirleyici olan bir diğer bağlam sosyokültürel, duygusal ortam/iklim idi. Katılımcılar, hastanın beklentilerine göre veya kendilerini güvene almak için kanıta dayalı olmayan uygulamalar yapabildiklerini, rasyonel olmayan seçimlerde bulunabildiklerini belirttiler. Korku, güvenli tarafta kalma endişesinin onları zaman zaman kanıta dayalı olmayan uygulamalara zorladığı görüldü.

"*Hasta anlayışlı bir hastaysa yani sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bir hastaysa ben hastaya kolay kolay gereksiz ilaç vermemeye çalışırım. Ancak eğer hastayla bir sıkıntıya düştüğümde, ki periferde bu şartlar da olabilir, mesela antibiyotik endikasyonu olmamasına rağmen hasta ısrarcı olduğunda ne yazık ki hekimlikten taviz verip antibiyotiğini yazarım*." (Katılımcı 6, E, İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma desenli bu tez çalışmasında ülkemizde yedi bölgeden birer devlet tıp fakültesinin katılımıyla, Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ulusal ÇEP'deki TT kodlu hastalıkların tedaviyi planlama ve tedavi sürecinin yönetimine ilişkin yeterlik algılarının incelendiği (birinci araştırma sorusu) literatürdeki ilk çalışmadır. Çalışma kapsamında aynı zamanda ikinci ve üçüncü araştırma sorusu doğrultusunda Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ve eğiticilerinin bu süreci nasıl deneyimledikleri, hangi unsurları dikkate aldıkları, tedavi planlama ve süreç yönetimi yaklaşımlarını belirleyen faktörlerin neler olduğu sorularının cevapları ortaya konmuştur.

7.1. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Tedavi Planlama ve Yönetimi ile İlişkili Yeterlikleri

Son dönemde tıp eğitiminde öne çıkan yaklaşımlar probleme-, göreve- ve çıktıya/yeterliğe-dayalı tıp eğitimi yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımlar çerçevesinde Dünyada ve ülkemizde tıp fakültesi mezununun ve uzmanlık eğitimi tamamlayan mezunların yönetmesi gereken problemler/durumlar, yerine getirmesi gereken görevler ve bunları nitelikli bir şekilde yapabilmesi için sahip olması gereken yeterlikler ulusal ve kurumsal düzeyde belirlenmektedir (TUK, 2022; Ulusal ÇEP-2020; Gülpınar, 2011; Gülpınar ve ark., 2018). Ülkemizde, tıp eğitimi programları için ulusal bir çerçeve çizen ve yürürlükte olan Ulusal ÇEP bunlardan birisidir. Bununla çizilen çerçevelerden birisi mezunların birinci basamak sağlık bakım hizmeti kapsamında ve şartlarında tanısını koyup tedavi sürecini yönetmesi gereken çekirdek hastalıklara ve klinik problemlere ilişkindir (Ulusal ÇEP-2020; Gülpınar ve ark., 2012. Bu çerçeve doğrultusunda, tıp fakültelerinin eğitim süreci sonunda her bir öğrencinin burada sıralanan çekirdek hastalıkların/klinik problemlerin birinci basamak sağlık bakım hizmetin düzeyinde tedavisini planlaması ve tedavi sürecini yönetmesi, dolayısıyla tıp fakültelerinin bu yönde eğitim vermesi beklenmektedir. Ancak altı yıllık tıp eğitimi döneminde tedavi de dahil ulusal çerçevelerle hedeflenen kazanımların çoğunlukla istenen düzeyde olmadığı, öğrencilerin mezun olduklarında temel hekimlik yeterlikleri ve uygulamaları konusunda endişelerinin olduğu ve mesleğe yeterince hazır olmadıkları çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Ross ve Maxwell, 2012; Watmough ve ark., 2009).

Bu tez çalışmasında Ulusal ÇEP'de TT kodu ile tanımlanan çekirdek hastalıklar ve klinik problemler odağa alınarak uzmanlık eğitimlerine devam eden öğrencilerin mezun oldukları

anda ve uzmanlık eğitimlerinin devam ettiği, tez verilerinin toplandığı dönemde bu hastalıkların/klinik problemlerin tedavisini planlama ve tedavi sürecini yönetme konusunda kendilerini hangi oranda yeterli hissettikleri araştırılmıştır. Söz konusu araştırma; "uygun ilaç seçimi", "reçeteleme", "ilaç dışı tedavi planı" ve "tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme" olmak üzere dört alt yeterlik üzerinden tüm yönleriyle yapılmıştır. Literatürde çoğunlukla tedavi planlama ve yönetim sürecinin önemli bir bölümünü oluşturan "reçete yazma becerisi" ile ilgili çalışmalar bulunmakta ve reçeteleme hatalarının en fazla yeni mezun genç hekimler tarafından yapıldığı görülmektedir (Dornan ve ark., 2009; Ryan ve ark., 2014). Bu nedenle reçete yazma becerisi de dahil olmak üzere tedavi planlama ve yönetimi süreçlerine ait yukarıda sıralanan dört alt yeterliliğin tıp fakültesinden mezun olmadan önce kazanılmış olması, tıp fakültelerin klinik eğitim programlarını bu yönde değerlendirmeleri ve yeniden yapılandırmaları topluma nitelikli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunmak adına çok önemlidir.

Mezunlar tarafından tedavi planlama ve süreç yönetimi yeterliklerinin kazanılması yönünde gerçekleştirilen çalışmalar ve araştırmalar aynı zamanda ülkeler ve tıp fakülteleri düzeyinde eğitim süreçlerini ve yürütülen eğitimlerin sağlık bakım hizmetlerine etkileri değerlendirmek anlamına gelmektedir. Sağlık bakım hizmetlerindeki potansiyel sonuçları bakımından eğitim sürecinde elde edilen temel yeterlikleri araştırmak, hasta bakımının kalitesini doğrudan etkilediği için, aynı zamanda ülkede sunulan sağlık bakım hizmetinin niteliğini araştırmaktır. Kendine güvenen ve yeterli hisseden hekimlerin yetişmesi, daha doğru tanıların konulması ve tedavilerin daha etkin bir şekilde planlaması ve yönetimini beraberinde getirecektir. Böylece hastaların kanıta dayalı akılcı yaklaşımla en uygun tedaviyi daha hızlı ve tüm ülkeyi kapsayacak yaygınlıkta alması, bireysel ve toplumsal sağlık sonuçlarının iyileşmesini mümkün olabilecektir (WHO, 1994; Leendertse ve ark, 2008).

Bu tez çalışmasında birinci araştırma sorusu kapsamında elde edilen ilk grup veriler, Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Ulusal ÇEP'de TT ile kodlanan hastalıkların tedavi planlarına/yönetimine ilişkin yeterlik algılarına ilişkindir. Bu yönde elde edilen bulgulara genel olarak bakıldığında, ulaşılabilecek ilk ve en önemli sonucu şu şekilde ifade etmek mümkündür: Ulusal ÇEP'de sıralanan TT kodlu çekirdek hastalıklarının/klinik problemlerin tedavi planı ve yönetiminde (uygun ilaç seçimi, reçete yazma, ilaç-dışı tedavi planı, tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirmesi) Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunun mezuniyetleri sırasında kendileri yeterli hissetmemeleridir. Elde edilen bulguların işaret ettiği ikinci önemli sonuç her ne kadar uzmanlık eğitimleri süresince uzmanlık öğrencilerinin yeterlik algılarında anlamlı bir artış görülmekle birlikte bu artışın hala istenilen düzeyde olmaması,

Ulusal ÇEP ile mezuniyette hedeflenen yeterliklere uzmanlık eğitimin ilerleyen yıllarında dahi ulaşılamamasıdır.

Bu bağlamda bulgular daha yakından incelendiğinde, Ulusal ÇEP'de sıralanan 59 çekirdek hastalık/klinik problemin tedavisi için ortaya şöyle bir tablo çıkmıştır. Tedavi planlama ve yönetimine ilişkin ilk alt yeterlik olan "uygun ilaç seçimi"nde kendilerini yeterli hisseden uzmanlık öğrencilerinin oranları duyu sistemleri hastalıklarında mezuniyet anında %7,7 - %32,4 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,8 - %77,8; solunum sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %5,6 - %36,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %12,5 - %82,4; deri yumuşak doku sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %11,5 - %32,7 ve uzmanlık eğitimi sırasında %18,8 - %65,2; dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında mezuniyet anında %9,6 - %42,3 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,4 - %88,5; gastrointestinal sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,7 - %45,7 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,0 - %79,8; kas iskelet sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %35,2 ve uzmanlık eğitimi sırasında %10,9 - %69,6; sinir sistemi ve davranış ile ilişkili hastalıklarda mezuniyet anında %11,5 - %26,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,8 - %45,7; ürogenital sistem hastalıklarında mezuniyet anında %2,0 - %37,1 ve uzmanlık eğitimi sırasında %8,3 - %69,3; multisistem sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %50,0 ve uzmanlık eğitimi sırasında %10,6 - %85,4 arasında çıkmıştır.

Tedavi planlama ve yönetimine ilişkin ikinci alt yeterlik olan "reçeteleme"de, kendilerini yeterli hisseden uzmanlık öğrencilerinin oranları duyu sistemleri hastalıklarında mezuniyet anında %10,2 - %30,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,8 - %75,6; solunum sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %4,2 - %30,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %12,6 - %82,2; deri yumuşak doku sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %29,0 ve uzmanlık eğitimi sırasında %22,9 - %62,1; dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %34,6 ve uzmanlık eğitimi sırasında %8,7 - %86,5; gastrointestinal sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %43,8 ve uzmanlık eğitimi sırasında %19,1 - %76,9; kas iskelet sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %32,7 ve uzmanlık eğitimi sırasında %10,9 - %73,3; sinir sistemi ve davranış ile ilişkili hastalıklarda mezuniyet anında %7,7 - %24,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %15,6 - %38,8; ürogenital sistem hastalıklarında mezuniyet anında %4,1 - %33,3 ve uzmanlık eğitimi sırasında %14,6 - %70,3; multisistem sistem hastalıklarında mezuniyet anında %7,6 - %38,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %11,1 - %86,4 arasında çıkmıştır.

Tedavi planlama ve yönetimine ilişkin üçüncü alt yeterlik olan "ilaç dışı tedavi planlama"da kendilerini yeterli hisseden uzmanlık öğrencilerinin oranları duyu sistemi hastalıklarında

mezuniyet anında %10,3 - %34,8 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,9 - %60,7; solunum sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %0,0 - %45,9 ve uzmanlık eğitimi sırasında %16,3 - %81,7; deri yumuşak doku sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %10,0 ve %30,6 ve uzmanlık eğitimi sırasında %29,4 - %67,7; dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında mezuniyet anında %7,4 - %37,8 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,1 ve %83,3; gastrointestinal sistem hastalıklarında mezuniyet anında %10,7 - %45,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %27,3 - %80,8; kas iskelet sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,2 - %34,3 ve uzmanlık eğitimi sırasında %22,2 - %64,8; sinir sistemi ve davranış ile ilişkili hastalıklarda mezuniyet anında %15,2 - %25,7 ve uzmanlık eğitimi sırasında %28,6 - %53,8; ürogenital sistem hastalıklarında mezuniyet anında %9,3 - %35,3 ve uzmanlık eğitimi sırasında %17,6 - %67,7; multisistem sistem hastalıklarında mezuniyet anında %4,0 - %37,0 ve uzmanlık eğitimi sırasında %21,1 - %76,3 arasında çıkmıştır.

Tedavi planlama ve yönetimine ilişkin dördüncü alt yeterlik olan "tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme"de kendilerini yeterli hisseden uzmanlık öğrencilerinin oranları duyu sistemleri hastalıklarında mezuniyet anında %11,5 - %31,7 ve uzmanlık eğitimi sırasında %11,4 - %72,1; solunum sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %3,8 - %51,9 ve uzmanlık eğitimi sırasında %12,5 - %82,4; deri yumuşak doku sistemi hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %30,8 ve uzmanlık eğitimi sırasında %16,7 - %65,2; dolaşım, endokrin ve hematopoetik sistem hastalıklarında mezuniyet anında %5,8 - %40,4 ve uzmanlık eğitimi sırasında %15,2 - %85,6; gastrointestinal sistem hastalıklarında mezuniyet anında %5,8 - %43,8 ve uzmanlık eğitimi sırasında %19,6 - %74,0; kas iskelet sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %34,6 ve uzmanlık eğitimi sırasında %15,2 - %68,9; sinir sistemi ve davranış ile ilişkili hastalıklarda mezuniyet anında %9,6 - %24,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %15,6 - %36,5; ürogenital sistem hastalıklarında mezuniyet anında %2,0 - %34,3 ve uzmanlık eğitimi sırasında %12,5 - %69,3; multisistem sistem hastalıklarında mezuniyet anında %6,1 - %36,5 ve uzmanlık eğitimi sırasında %10,6 - %85,4 arasında hesaplanmıştır.

Bu tez çalışmasında ortaya çıkan bu bulguları daha genel cümlelerle ifade etmek gerekirse, tedavi planlama ve yönetimine ilişkin dört alt yeterlik alanında tıp fakültesinden mezuniyet anında kendini yeterli hissedenlerin oranı çok düşük bir oranla yaklaşık 1/3-4'ler ve altında kalmıştır. Bu oran uzmanlık eğitimi ile birlikte anlamlı bir şekilde yükselmiş olmakla birlikte kendini yeterli hissedenlerin oranı ancak yaklaşık 2/3-4'lere kadar çıkabilmiş; 3/4 ve üzeri bir yeterlik oranına sınırlı sayıda hastalıkta erişilebilmiştir. Diğer bir ifadeyle, Ulusal ÇEP ile altı yıllık tıp eğitimin sonunda hedeflenen yeterlik, uzmanlık eğitimine rağmen kabul edilebilir oranda sağlanamamıştır. Üstelik elde edilen veriler katılımcıların yeterlik hislerine dayalıdır

(düzey 1). Tedavi planlama ve yönetimine ilişkin yeterliğin ikinci (kazanımların uygun ölçme değerlendirme araçlarıyla değerlendirilmesi) ve üçüncü düzeyde (kazanımların gerçek ortama, kliniğe taşınması) toplanacak verilerle ortaya konması sorunu/yetersizliği daha da derinleştirebilecektir. Birinci düzey verilerle elde edilse de çarpıcı denebilecek bu bulguları iki şekilde yorumlamak mümkündür. Ülkemizde eğitim veren tıp fakültelerinin yeterliğe dayalı bir yaklaşımla Ulusal ÇEP ile çizilen çerçeveye uygun, hedeflenen yeterlikleri kabul edilebilir düzeyde kazandıran bir eğitimden uzak oldukları; dolayısıyla klinik eğitim dönemi başta olmak üzere altı yıllık eğitim programlarını ve uygulamalarını gözden geçirmek ve yeniden yapılandırmak zorunda olduklarıdır. Bu noktada yapılabilecek şeylerden ikisi şudur: (1) çıktıya/yeterliğe dayalı eğitim yaklaşımı ile kanıta dayalı akılcı tedavi planlama ve yönetimi ile ilgili odak staj programlarının, kursların, öğrenim etkinliklerinin planlanması, (2) staj/intörnlük programlarının 5-6 boylamsal koridordan birisi "akılcı tedavi planlama ve yönetimi" olacak şekilde belirlenen ana koridorlar üzerinden yeniden yapılandırılması (Bebitoğlu ve Gülpınar, 2019; James ve ark., 2016; Keijsers ve ark., 2015). Yapılabilecek ikinci değerlendirme, birinci basamakta nitelikli sağlık bakım hizmeti verebilecek daha nitelikli hekimlerin yetişmesi için altı yıllık tıp eğitimi yapısının Aile Hekimliği uzmanlık eğitimini de dikkate alınarak yeniden şekillendirilmesidir. Bu noktada klinik eğitim döneminin ve özellikle birinci basamak sağlık bakım hizmeti odağında planlanması ve yürütülmesi gereken bir yıllık intörnlük eğitim döneminin süreleri de dahil olmak üzere yeniden düzenlenmesi gündeme alınabilecek bir konudur.

Bu tez çalışmasının özgünlüğü ve önemi, ülkemizin her bir coğrafi bölgesinden tıp fakültesi temsiliyeti sağlanarak tedavi planlama ve yönetimin dört alt yeterlik olan uygun ilaç seçimi, reçeteleme, ilaç dışı tedavi planı ve tedaviyi yönetme ve bilgilendirme açısından değerlendirilmiş olmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı ve akılcı tedavi planlama/yönetimi prensiplerinin değerlendirilmesi açısından ayrı ayrı sorgulanmış olmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı ve akılcı tedavi planlama/yönetimi ile ilgili literatüre dikkate alındığında tüm bu alt yeterliklerin birarada olması önemlidir. Ancak öğrencilerin ya da yeni mezun hekimlerin bunlardan herhangi birinde kendini daha iyi ya da daha kötü hissediyor olabildiği; örneğin ilacın adı çoğu öğrenci tarafından hatırlanırken dozunu belirlemede zorlandıkları bilinmektedir (Leape ve ark., 1991; Barber ve Dean, 1998; Ross ve Maxwell, 2012). Aynı şekilde hastalık bazında kendilerini yeterli hissetme oranları arasındaki aralığın geniş olabildiği görülmüştür. Nitekim bu tez çalışmasında önemli bir diğer sorun olarak ortaya çıkmış; uzmanlık öğrencilerinin yeterlik algılarına ilişkin oranlar hastalıklara göre %10-30'lardan %60-80'lere kadar değişebilmiştir. Bu durum aynı zamanda öğrenciler ve tıp fakülteleri arasında belirli bir

vasatı yakalama noktasında da sorun olduğuna işaret etmektedir. Ancak Ulusal ÇEP'de de tanımlandığı gibi TT kodlu hastalıkların mezuniyette kabul edilebilir bir düzeyde ve yine kabul edilebilir bir oranda akılcı bir şekilde tedavi edilebiliyor olması gerekmektedir. Oysa bu tez çalışmasında mezuniyet anında hekimlerin yeterlik algısı düşük çıkmış, Aile Hekimliği eğitimi sürecinde bunun anlamlı olarak bir miktar arttığı görülmüş ancak hala kabul edilebilir bir düzeye erişilemediği belirlenmiştir. Genelde mezuniyetten sonra herhangi bir yerde çalışmadan uzmanlık eğitimine başlamış olanlarla başka yerde en az 6 ay süreyle çalışıp eğitime başlayanlar arasında da yeterli olma durumu bakımından çoğunlukla anlamlı farklar görülmemiştir. Yine çoğu hastalıkta uzmanlık eğitiminin ikinci ve üçüncü yılında olan uzmanlık öğrencileri arasında da anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Bu durum, tıp fakültesi eğitiminden sonraki Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin belirli oranda katkısının olduğunu göstermekle birlikte bu katkı yeterli olmadığına işaret etmektedir. Yine, hemen hemen tüm sistemlerde ve gruplarda mezuniyet anında yeterli olma durumlarının düşük bulunmuş olması çekirdek hastalıkların tedavisini planlamada altı yıllık tıp eğitiminin yetersiz olduğuna işaret etmektedir.

Bu bulgular literatürde bulunan diğer çalışmalarının bulgularıyla desteklenmektedir. Aile Hekimliği pratiğinde de sık karşılaşılan birinci basamak hastalıkların tedavi planlaması yapıldığından özellikle bu hastalıklara yönelik yapılmış bazı çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir. Örneğin Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde alınan dermatoloji eğitiminin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %72'si cilt hastalıklarını tanımada, %70,3'ü de tedavi etmede zorlandığını ifade etmişlerdir. Akne vulgarisin tanı ve tedavisinde katılımcıların %69,2'si yapabileceğini belirtmiş, oral aftların ayırıcı tanısını yapmada ve hastalığı tedavi etmede zorlanmayacağını ifade edenlerin oranı %52,6 olarak bildirilmiştir (Sönmez, 2021). Bu tez çalışmasında da deri ve yumuşak doku hastalıklarından akne vulgaris/rozasea, bası yaraları, derinin paraziter hastalıkları, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler, dermatit ve yanıklarla ilgili tedavi planlamasında uzmanlık öğrencilerinin ilerleyen yıllarda en fazla yeterli hissetme oranları ilaç seçiminde %65,2, reçetelemede %62,1, yönetim ve bilgilendirmede %72,1 ve ilaç dışı önerilerde %67,7 olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada birinci basamak hekimlerin dermatolojik hastalıklardan neoplazmlar (%13,8), Behçet hastalığı (%7,7), paraziter deri hastalıkları (%4,6) ve rozase (%4,6) tanısını koymada zorlandıklarını, öte yandan tırnak hastalıkları (%49,2), bakteriyel deri hastalıkları (%47,7) ve ekzema (%41,5) tanısını koymada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Akne tanısını koymada %38,5 oranında zorluk çekilmediği, ürtiker-anjiyoödemde %40, yüzeyel mantar enfeksiyonunda %32,2, yanıkta %18,5, paraziter deri hastalıklarında %23,1 ve Rozaseada %32,3 oranında tanı koymada zorluk çekmedikleri bildirilmiştir. Direkt tedavi

verecekleri hastalıkları da şu şekilde belirtmişlerdir; akne (%46,2), yüzeyel mantar enfeksiyonları (%60), ürtiker-anjioödem (%41,5), yanık (%47,7), bakteriyel deri hastalıkları (%35,4), paraziter deri hastalıkları (%20), Rozasea (%13,8) (Aybal ve ark., 2012). Birinci basamak hekimlerin katılımıyla yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların üçte ikisinden azının egzama, alerji, ilaç döküntüleri, kutanöz enfeksiyonlar gibi yaygın dermatolojik sorunları teşhis etme (%61,8) ve yönetme (%58,0) konusunda kendinden emin olduğu bildirilmiştir (Lam ve ark., 2011).

Bu tez çalışmasında reçete yazma becerisi uygulamalı olarak değerlendirilmemiş, ancak reçeteyi oluşturan unsurlar hakkındaki yeterlik algıları incelenmiştir. Bu kapsamda incelenen noktalar uygun ilaç seçimi ve reçeteleme becerisi, doz belirleme, kullanım sıklığı, farmasötik şekilde bulunan etken madde, doz miktarı ve ilaç uygulama yolu (farmasötik şekil) gibi unsurlardır. Çalışmamızda ilaç seçimi ve reçeteleme konusunda en fazla yeterli hissetme oranları uzmanlık eğitimiyle birlikte, demir eksikliği anemisinde uygun ilaç seçiminde %88,5'e, reçetelemede ise %86,5'e çıkabilmiştir. Yine D vitamini eksikliğinde yeterli hissetme oranı ilaç seçiminde %85,3 ve reçetelemede %86,4 oranında olmuştur. Sık karşılaşın hastalıklardan esansiyel hipertansiyonda oranlar en fazla %60,6 ve %56,7, diabetes mellitusta %59,6 ve %57,3 olmuştur. Genel olarak bakıldığında ise çoğu sistem hastalıklarında yeterli hissetme oranlarının mezuniyette yaklaşık 1/3 ve altında kaldığı, uzmanlık eğitimiyle bunun ½'lik - 2/3'lük oranlara doğru çıktığı görülmüştür. Reçete yazma becerisi ile ilgili yeterliğin değerlendirildiği bir çalışmada pratisyen hekimlerin Ulusal ÇEP'deki "uygulamalı beceriler" ile ilgili öz-yeterlik düzeyleri sorgulanmış ve "Doğru, uygun ve okunaklı reçete düzenleme" becerisine ilişkin yeterlik düzeyleri şu şekilde belirlenmiştir; %24,9 usta, %44,2 oldukça yeterli, 24,7 orta düzeyde yeterli, %3,6 çok az, %1,6 tamamen yetersiz (Ceylan, 2009). Türkiye'nin farklı bölgelerinden birinci basamak hekimlerle yapılan bir diğer çalışmada da Ulusal ÇEP'deki listelere ilişkin yeterlik algıları sorulmuş ve reçete yazmanın %83,0'lık oranla en fazla yeterli hissedilenlerden arasında olduğu bildirilmiştir. Ancak söz konusu çalışmada bu his genel olarak sorulmuş bu tez çalışmasında olduğu gibi hastalıklar bazında tek tek bir sorgulamada bulunulmamıştır (Coşkun ve ark., 2021). İrlanda'da beş farklı fakülteden yeni mezunların katılımı ile yapılan bir araştırmada, mezunların %91'inin intörnlük için gereken tüm becerilere/yeterliliklere hazırlıklı olmadıkları belirlenmiştir. Reçete yazma yeterliliğinde "oldukça yeterli" olma oranı mezuniyet öncesinde %7, intörnlükte %32 oranında olduğu, "yeterli" olma oranının mezuniyet öncesinde %47 ve intörnlükte %54 ve "yetersiz" olma oranın da sırasıyla %46 ve %14 olduğu belirlendi (Hannon, 2000).

Bu tez çalışmasında tıp fakültelerinden yeni mezun olacak intörnlerin de yeterlik algıları değerlendirilmek istenmiş ancak, birden fazla girişime rağmen yeterli sayıda katılımcı sağlanamadığından değerlendirilememiştir. Uzmanlık eğitimine devam eden öğrencilerin tıp fakültesinden mezuniyetleri sırasındaki algıları geriye dönük olarak sorgulanmıştır. Literatürde intörnlerle yapılan çalışmalar yer almaktadır. Benzer şekilde bu çalışmalarda da çekirdek hastalıklar veya uygulamalı becerilerde öğrencilerin mezuniyet anında kendilerini çoğunlukla yetersiz hissettikleri bildirilmiştir. Örneğin Karadeniz Teknik Üniversitesinde yapılan çalışmada intörn hekimlerin tedavi planlama açısından en fazla yeterli hissettikleri hastalıkların akut üst solunum yolu enfeksiyonu (%97,3), gastroenteritler (%94,5) ve peptik ülser (%92,7) olduğu bildirilmiştir. Yeterlik oranları hipertansiyon tedavisinde %90, pnömonilerde %88,2, Demir eksikliği anemisinde %82,7, akut ürtiker ve anjioödemde %72,7, bel ve sırt ağrılarında %72,7, diabetes mellitusda %48,2, üriner sistem enfeksiyonlarında %50,9 ve gastrointestinal sistem parazitozlarında %45,5 olarak ifade edilmiştir (Özgün ve ark., 2006). Aynı çalışmada katılımcıların sadece %9,0'unun genel ilaç bilgileri ile ilgili kendilerini yeterli hissettikleri, reçete yazabilme yeterliliğine sahip olduğu düşünenlerin oranının %21,6'de kaldığı bildirilmiştir. Akdeniz Üniversitesinde aday doktorlarda yapılan çalışmada ise reçete düzenleyebilme ile ilgili yeterlik algısı %70,2 olarak belirlenmiştir. (Oktay ve ark., 2020). Belirlenen oranlar hastalığa göre değişmekle birlikte çoğu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi oranların beklenen seviyelerde olmadığı görülmüştür.

Başka bir çalışma cerrahi, dahili ve temel tıp bölümlerinden araştırma görevlisi hekimler ile yapılmış, sıvı elektrolit dengesi hakkında yapılan değerlendirme sınavında doğru yanıtlama oranı %54,6 olarak bildirilmiştir (Kurt ve ark., 2003). Çalışmamızda dehidratasyona yönelik yapılan sorgulamada daha fazla kısmen yeterli olma durumu olduğu (%61,7), yeterli olma durumunun en fazla %53,9 olduğu dikkat çekmektedir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde intörnler/yeni mezunlarla yapılan bir diğer çalışmada hekimlerin %72,9'u bel ağrısı, %65,5'i de boyun ağrısı yakınması olan hastanın yönetimi konusunda kendisini yetkin gördüğünü bildirmiştir. Öğrenme düzeyi bağlamında sorulan 20 hastalık/klinik problem içinde depresif bozuklukların tanısı koymada %36,1, tedavi edebilmede %13,6'lık oranlar bildirilmiştir. Aynı çalışmada tanı koyma ve tedavi edebilme öz yeterlik inançları hastalıklarda sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir; kronik obstrüktif akciğer hastalığında %37,6 ve %25,6, diabetes mellitusta %50,4 ve %35,7, üst gastrointestinal sistem hastalıklarında (peptik ülser, gastroösefagial reflü) %38,8 ve %34,1, alt solunum yolu hastalıklarında (bronşit, bronşiolit ve pnömoniler) %43,0 ve %39,5 ve iskelet kas sistemi hastalıklarında (osteoartrit) ise %30,6 ve %12,4 (Aker ve Mıdık, 2020). Bizim çalışmamızdaki ilgili oranlar da bu çalışmadaki oranlara benzerlik taşımaktadır.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin Ulusal ÇEP'de yer alan temel hekimlik uygulamalarına yönelik yeterlik algılarının incelendiği bir çalışmada reçete düzenleyebilme ile ilgili yeterli hissetme oranı %86,3 olarak bildirilmiştir (Şenel ve Budakoğlu, 2024). Asistanlarla yapılan başka bir çalışmada Gazi Üniversitesinde eğitim almakta olan asistanlardan Ulusal ÇEP'de yer alan çekirdek beceriler ile ilgili aldıkları tıp eğitimlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının (%49,2) klinik becerilerde kendilerini yetersiz hissettiği bildirilmiştir. Teorik bilgilerine göre sistemlerdeki yeterlikleri sorgulandığından en yüksek puanların gastrointestinal sistemde olduğu en düşük puanların da sağlık uygulamalarında olduğu bildirilmiştir (Budakoğlu ve ark., 2014).

İlaç dışı tedavi planlama kapsamında, yaşam tarzı değişiklikleri bu planlamanın önemli bir parçasıdır. Çoğu hastalıkta tek başına ilaç tedavisinin yeterli olmadığı, yanında mutlaka yaşam tarzı değişikliklerinin de yapılması gerektiği bilinmektedir. Örneğin esansiyel hipertansiyon hastalığı tedavi planlamasında kilo verme, düzenli aerobik egzersiz, tuz kısıtlaması, diyete dikkat etme gibi öneriler çok kıymetlidir. Bunlara uyulmadığı takdirde verilen ilacın beklenen etkinliğe ulaşması mümkün olmayabilmektedir. Hipertansiyonun ilaç dışı tedavisine yönelik bilgiler tanı tedavi kılavuzlarında yer almaktadır (Mancia ve ark., 2023). Çoğu kronik hastalıkta ilaç dışı öneriler olmakla birlikte bazı akut hastalıklarda da bol sıvı alımı, egzersiz, vücut sıcaklığının dengelenmesi gibi bazı öneriler yapılabilmektedir. Çalışmamızda diğer alt yeterliklerin yanısıra öğrencilerin ilaç dışı tedavi planlamaya ilişkin yeterlik algıları sorulmuştur. Katılımcılarda mezuniyet anına göre uzmanlık eğitimlerinin devam ettiği ve verilerin toplandığı anda ilaç dışı tedaviye yönelik yeterlik hislerinde anlamlı artışlar olduğu görülmüştür. Ancak ilaç dışı tedavinin olmazsa olmaz olduğu kılavuzlarla belirtilen esansiyel hipertansiyon, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi bazı hastalıklarda ilaç dışı tedavi olmadığını düşünenler bulunmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için eğitimlerinin ikinci ve üçüncü yılında olanlarda ilaç dışı tedavisi olmadığını düşünenlerin oranı %28,6, olduğunu düşünenlerin %45,0'inin ise ilaç dışı tedavi planlamada yeterli hissettiği görülmüştür. kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı, tedavi ve önleme kılavuzunda sigarayı bırakma, çevresel zararlı maruziyetlerden kaçınma gibi ilaç-dışı öneriler yer almakla (Singh ve ark., 2019) birlikte tez çalışmamızda kronik obstrüktif akciğer hastalığının ilaç dışı tedavisinin olduğunu düşünenlerin oranı yarının altında kalmış, öğrencilerin ancak üçte biri kendilerini bu konuda kısmen yeterli, üçte biri de yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir. Esansiyel hipertansiyonda ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenlerin oranı, %75,0 - %77,8 oranlarında çıkmıştır. Kendini yeterli hissedenlerin oranı ise %62,2- %67,1 olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde sık karşılaşılan bir diğer klinik problem mekanik bel ağrısıdır ve bununla ilgili tanı tedavi kılavuzlarında egzersiz, ağırlık kaldırmaya dikkat etme gibi öneriler belirtilmektedir (Qaseem ve ark., 2017). Bu tez çalışmasında mekanik bel ağrısında ilaç dışı tedavi olduğunu düşünenlerin oranı %71 - %91,4 arasında çıkmış, ilaç dışı tedavini planında kendini yeterli hissedenlerin oranı ise en fazla %64,8 olarak belirlenmiştir. Bu durum toplumda sık görülen mekanik bel ağrısı ile ilgili tedavi planlamada ilaç tedavisinin yanında ilaç dışı öneriler konusunda da yeterli oranın yakalanamadığını göstermektedir. Yine dermatit tedavisinde ilaç dışı öneriler kapsamında provoke eden faktörden kaçınma, diyete dikkat etme gibi ilaç dışı öneriler kılavuzlarda belirtilmektedir (Wollenberg ve ark., 2022). Çalışmamızda dermatit tedavisinde ilaç dışı tedavinin olduğunu düşünenler uzmanlık eğitimin ilk yılında %70,0 - %72,2 iken eğitimin ilerleyen yıllarında %65,2'ye azalmıştır. Bu noktada kendini yeterli hissedenlerin oranı da %61,1'i geçmemiştir.

Genel olarak akılcı ilaç kullanımın değerlendirildiği çalışmalarda ilaç dışı önerilerle ilişkili bilgilendirmenin yapılıp yapılmadığı da sorgulanmaktadır. Ankara ilinde birinci basamakta görev yapan hekimlerde yapılan bir çalışmada, katılımcılardan %74,3'ü ilaç dışı önerilerde bulunduğunu, %25,7'sinin "bazen öneririm" şeklinde beyan ettiği bildirilmiştir (Doğukan, 2008).

Bu tez çalışmasında, uygun ilaç seçimi, reçeteleme ve ilaç dışı tedavinin yanısıra dördüncü alt yeterlik olarak uzmanlık öğrencilerinin "tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme"ye ilişkin algıları da araştırılmış ve bu yönde önemli bulgulara ulaşılmıştır. Literatürde bu yönde yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla yukarıda sistemler bazında ele alınan bu yöndeki bulgularla literatüre ilk katkı sağlanmıştır.

7.2. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencileri ve Eğiticileri ile İntörn Öğrencilerin Tedavi Planlama ve Yönetimi ile İlişkili Deneyimleri

Karma desenli bu tez çalışmasının nitel bileşeni ile tedavi planına/yönetimine ilişkin büyük resim spesifik senaryolarıyla birlikte çok yönlü ve faktörlü olarak ortaya konmuştur. Bu tez de elde edilen analiz sonuçları Model Senaryolar Teorisinin tedavi planlama bağlamı ve Yönetimsel Senaryolar dikkate alınarak birlikte okunmuş, bu teorik çerçeveleri destekleyen sonuçlar ortaya çıkmıştır. Yönetimsel senaryolar açısından elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, tedavi planlamada/yönetiminde ileriye dönük olarak işleyen bir sürecin söz konusu olduğu görülmüştür. Elde edilen bulguların klinisyene öğretme, yeni bilgiler toplama, hasta ile birlikte ortak kararlar alma ve bunların sonucunda tedavi planını hasta ile birlikte oluşturmada yol gösterdiği açıktır. Katılımcılar tedavi planlarken hastanın görüşlerini

de dikkate alarak, hasta uyuncunu düşünerek kararlar oluşturmakta, hastaya özgü özellikleri dikkate almaktadırlar. Yönetimsel senaryonun, en iyi eşleşmeyi seçmenin tedavi seçenekleri arasından en uygununu seçmekten daha fazla olduğu vurgusu, bu tezde ortaya çıkmış; hastayla etkin karşılaşmanın, iletişiminin, ortak karar almanın, bağlamsal unsurları dikkate alarak bağlamsal ve birlikte kararlar oluşturmanın (contextual, co-decision making) önemi vurgulanmış, tedavi planlama/yönetimi bunların gerçekleştiği çok yönlü ve bağlamsal bir süreç olarak görülmüştür. Taraflar (hekim, hasta, yakını, ekip, eğitici, öğrenci) ve bağlamlar (sistemler, ortamlar, kültür) arasındaki dinamik etkileşimle oluşturulan planın sürekli izlenmesi ve duruma göre yeniden düzenlenmesi söz konusudur. Burada uzmanlık öğrencilerinin özellikle bu süreçlere paralel karar aldıkları görülmüştür. Zamanla ve tecrübe ile karar alma süreçlerinde rahatlama olduğu, sık karşılaşılan hastalıklarla ya da durumlarda senaryoların daha rahat oluştuğu görülmüştür. Yönetimsel senaryolarda geçerli olan Sistem 2 düşünme zamanla Sistem 1'e kaymıştır. Katılımcılar bunu tedavi planlamada kendilerini zamanla daha rahat hissettikleri şeklinde ifade etmişlerdir.

Görüşmelerin bağlamsal analizlerine göre uzmanlık öğrencileri tedavi planlama aşamasında belirli algoritmaları, rehberleri takip etmekten ziyade daha çok kıdemlilerinden gördükleri davranışları sergiledikleri, güvenli tarafta kalmak istedikleri için gerektiğinde kıdemlisine ve arkadaşına danıştıkları belirlenmiştir. Tıp eğitiminde özellikle tedavi planlamanın öğretilmeye çalışıldığı klinik farmakoloji stajında öğrencilere kendi yollarını çizmelerini gerektiği, gerektiğinde kanıta dayalı bilgiye ulaşarak kendi başlarına karar vermeleri gerektiği anlatılmaktadır. Bu nedenle geliştirilen K-ilaç ve K-tedavi kavramları stajlarda vurgulanmaktadır. Ancak görüşmeler sonucu bu uygulamanın az oranda kişi tarafından yapıldığı, daha çok başkalarından görülerek, başkasına danışılarak kararlar oluşturulduğu görülmüştür. Görüşülen uzmanlık öğrencileri özellikle tıp eğitiminin usta-çırak ilişkisine dayandığına inandığı vurgulanmışlardır. Bireysel deneyimlerinin derinlemesine irdelemesi sonucu ortaya çıkan bulgular öğrenciler ve eğiticiler açısından benzer ana temaların geçerli olduğunu göstermiştir.

Aile Hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik faaliyeti olan ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bir klinik uzmanlık alanıdır. Temel yeterlilikleri TUKMOS müfredatında tanımlanmış olması ile birlikte fakülteler arasında uygulama açısından farklılıklar olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin her fakültede Aile Hekimliği anabilim dalı eğitimi için sigara bırakma polikliniği, obesite polikliniği gibi özel polikliniklerin bulunmadığı belirlenmiştir. Bu özellikli polikliniklerin olmaması, dolayısıyla tedavi planlama/yönetimi de dahil bu grup hastaların yönetiminde yeterli deneyimin olmaması bunlara yönelik karar verme

yeterliklerinin yeterince gelişmemesini beraberinde getirmiş, uzmanlık öğrencileri bu yönde zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Yine fakültelerde E-ASM'lerinin olmasının da eğitimlerine katkı sunduğu görülmüştür. E-ASM'lerin sayısının yetersiz olduğu, altyapı temininin sağlanarak sayısının arttırılması ile Aile Hekimliği uzmanlığı saha eğitiminde önemli bir rol oynayacağı ve desteklenmesi gerektiği alandan ilgili uzmanlarca önerilmektedir. Birinci basamakta hizmet vermek üzere eğitim alan Aile Hekimi uzmanlarının, ASM'de görev yapmadan mezun olmaları cerrahların ameliyathane görmeden eğitim almasına benzetilmiştir (Egici ve ark., 2019).

Nitel analizde eğitim bağlamında ortaya çıkan önemli bir alt tema yeterince işlevsel olmayan, iş yükü üzerinden ilerleyen ve karar oluşturma süreçlerine bir katkı sunmayan "işlevsiz rotasyonlar" olmuştur. Türkiye'de Aile Hekimliği asistanlarında yapılan bir çalışmada eğitim programları ile ilgili görüşleri sorulmuştur. Katılımcılar eğitim süresinin uzatılması ile birlikte genel cerrahi rotasyon süresinin kısalması, pediatri ve dahiliye rotasyon sürelerinin ise uzatılmasını önermişlerdir. Ayrıca rotasyonlara ek olarak dermatoloji, kulak burun boğaz ve radyoloji rotasyonlarının olmasını önermişlerdir. Asistanlar ayrıca farklı modellerle eğitim, çalıştaylar ve e-öğrenme gibi yeni eğitim yöntemlerinin de olabileceğini belirtilmiştir (Uzuner ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda uygulamada genel olarak rotasyonların işlevsel olduğu, ancak seçmeli rotasyona gidenlerin bundan faydalandığı belirtilmiştir; *"KBB rotasyonu zorunlu değil ama ben gönüllü olarak gittim aldım, orada poliklinik yaptım 1 ay boyunca. O nedenle kendimi iyi bir şekilde yetişmiş hissettim."*

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin özellikle polikliniklerde tek başına hasta bakarken daha çok öğrendikleri, kendilerine olan güvenlerinin arttığı görülmüştür. Ancak bilemedikleri bir durumla karşılaştıklarında hastaya belli etmeden bulabildikleri ilk çözümü uyguladıkları belirlenmiştir. Kendileri bu durumu çalıştıkları ortamlardaki hasta yoğunluğuna, kendilerinin her ilacı yazamaması gibi sağlık politikalarına ve sistemsel nedenlerle kısıtlandıklarına bağlamışlardır. Bağlamsal belirleyiciler olarak hasta yönetiminde hekimlerin kişisel özellikleri, bilgi kaynaklarına ulaşım imkanları gibi faktörler yanında hastaların beklentileri, istedikleri tedavinin/ilacın verilmesi yönündeki ısrarları, çalışılan ortam, karşılaşmalar ve karşılıklı iletişim ana belirleyici faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Analiz sonuçlarına göre hasta bakım ve tedavi planlama/yönetimi süreçlerine özellikle sosyal ortam/iklim, sağlık sistemi, ekip içindeki dinamikler etkili olmaktadır. Tüm bunlara rağmen uzmanlık öğrencilerine devam etmekte, hekimlik rollerini sürdürmektedirler. Kıdemlilerine veya eğiticilerine danışmaları gerektiğinde hekim rolleri nedeniyle zorlandıkları görülmektedir. Sağlık politikaları ve sistemsel sorunlar nedeni ile bazı hastalarına uygun gördükleri her ilacı reçete yazamadıklarını

belirtmişlerdir; "*SGK'nın ödediği ilaçları tercih ediyorum. Eğer bu ilacı yazmam gerekli ise hastaya mutlaka bildiriyorum*." Ancak bu tez çalışmasında Aile Hekimliği sisteminin ülkemizde tam olarak, olması gerektiği gibi işlememesi nedeni ile hastalara primer tedavi başlamak ve sürdürmek ile ilgili sorunlar olduğu, bu yönde çekindikleri ve sürecin bu şekilde işlemesinin onlarda tedavi planlama/yönetimine ilişkin yeterliklerin yeterince oturmamasına neden olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalarını tüm sağlık sorunlarıyla ve koruyucu hekimlik uygulamalarını da yaparak süreklilik için takip edemediklerini ifade etmişlerdir. "*Genelde raporlu ilaçlarını yazdırmaya geliyorlar sadece."* ifadesi bu yönde dile getirilen en net ifadelerden birisi olmuştur.

Analizlerde ortaya çıkan bir diğer nokta hasta yoğunluğu olmuştur. Hasta yoğunluğunun fazla olmasının etkili ve doğru karar vermelerini etkiledikleri bunun da sağlık bakım niteliğinde düşmeye neden olduğu ifade edilmiştir. "*Oysa birinci basamakta koruyucu hekimlik en önemlisi. Bunları anlatmak için vaktimiz çok olmuyor. Gerçekten bunlar için vakit gerekiyor."*

Hasta bakım süreçlerinde önemli bir sorun olan reçeteleme hatalarının nedenlerine bakıldığında çalışma ortamı, aşırı iş yükü, ekip içi iletişimsizlik, bilgi eksikliği, süpervizyon eksikliği, hasta ile ilgili faktörler gibi birçok hata üreten durumlar tanımlanmıştır (Dean ve ark., 2002). Eğitim programlarında doğrudan hasta bakımını etkileyen bu hataların önüne geçilebilmesi için bu unsurların dikkate alınması önemlidir. Sadece bilgi aktarımına dayalı bir eğitim yerine uygulamalı bir alan tıp eğitiminde pratiklerin ve problem çözme becerilerine yönelik eğitimlerin artırılması ile öğrencilerin bu yöndeki yeterlik algıları artırılabilir. İnsan hatası teorilerine göre, diğer karmaşık ve yüksek riskli prosedürlerde olduğu gibi reçete yazma hataları da bireylerin başarısızlığından kaynaklanır ve buna bağlıdır. Ancak aynı zamanda bu durum sistemlerdeki başarısızlıklar tarafından üretilir veya en azından kolaylaştırılır (Reason ve ark., 2001) Bu nedenle bakılan hasta sayısıyla birlikte reçete sayısı ve reçete yazma prosedüründeki adımlar arttıkça hata riskinin de artacağı beklenebilir.

Bu tez çalışmasında hasta ile karşılaşma ve etkin iletişim bir tema olarak belirlenmiştir. Hasta ile karşılaşmalarında hastanın talepleri, viral enfeksiyonlara antibiyotik talep etmeleri gibi durumlar dile getirilmiştir. Bu durumlar karşısında zorlandıkları görülmüştür. Bazı asistanlar tartışma çıkmaması için talepleri doğru olmasa da bunları kabul ettiklerini, diğerleri ise ne olursa olsun gerekli görmedikçe antibiyotik yazmadıklarını bildirmişlerdi. Burada kişisel özellikler, yaklaşım farklılıkları dikkat çekmektedir. Hasta yoğunluğunun fazla olması yanında hasta ile olan iletişimin kavgaya dönüşmesi riski de günümüzde arttığı düşünüldüğünde bu dönemde hekimlerin bunu daha çok dikkate aldıkları söylenebilir. Hatay ilinde ASM'lerde görev yapan 254 aile hekiminin katılımı ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %73,2'sinin

hastanın talep ettiği ilaçları kabul ettikleri belirlenmiştir (Kokaçya ve ark., 2020). Nedenlerinin ortaya konmamış olduğu çalışmada hekimin şiddete uğrama endişesi, hastayı memnun etme çabası, hasta yoğunluğu gibi faktörlerin rolü olabileceği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda nedenleri sorulduğunda, hasta ile sıkıntılı karşılaşmalardan, tartışmalardan kaçınmanın yanısıra Aile Hekimliği eğitiminde kararları hasta ile birlikte oluşturmanın, iyi iletişim becerilerinin önemli olduğu ve hasta beklentilerinin karşılanması sonucunda tedavi planlama yaklaşımlarının daha iyi geliştiği görüşü dile getirilmiştir; *"Hasta beklentileri çok önemli, beklentileri mutlaka değerlendirmek gerekiyor. Hastanın beklediği bir şey olabilir, mutlaka sormak lazım."*

"Ben hastaya zarar verecek bir şey değilse ve çok ciddi bir engel teşkil etmiyorsa hastanın isteklerini göz önünde bulunduruyorum. Çünkü hastaların taleplerini göz önünde bulundurmadığınız takdirde hastanın tedavi uyumu yeterli olmayabilir. Ama ben ikna ederim hastaları, yani konuşurum, uzun tartışırım. Yani onun için ne iyi olur, ne kötü olur, niye öyle düşünüyorum, o niye öyle düşünüyor, neden im istiyor, nedir onun bu isteği altında yatan sebep nedir, onları anlamaya çalışırım. Tartışırım yani ve anlayıp öyle ilerlerim. Hastanın önceliklerini önemserim ama çünkü önemsemezseniz tedavi başarınız olmaz, o zaman hasta sizin hiçbir önerinizi kullanmaz."

Analizlerde Aile Hekimliğinde hastaya bütüncül yaklaşım, hasta ile etkin iletişim ve süreci birlikte götürme gibi hususlar ön plana çıkmıştır. Bunun hastanın tedaviye uyumunun, tedaviyi etkin şekilde planlamanın önemli bir parçası olduğu belirtilmiştir. "Bütünlüklü ve bağlamsal sağlık bakım ve tedavi planlama yaklaşımı" oluşturmanın altı çizilmiştir. İlaç seçiminde özellikle bildikleri, güvendikleri, maliyeti düşük ilaçların seçimi ön plana çıkmış; yine ilaç seçiminde hastaya göre ilaç seçme, kılavuzlara uygun ilaçları reçete etme gibi noktalar ortaya konmuştur.

Uzmanlık öğrencileri tedaviye ilişkin karar verme süreçlerinde kişisel özelliklerin etkili olduğu görülmüş, aynı zamanda bazen ikilemler yaşadıkları da belirlenmiştir. Özellikle ilaç seçimi aşamasında bu ikilemlerin en üst düzeye çıktığını, bu tür durumlarda içgüdüsel karar verdiklerini, kararsız kaldıklarını veya rehberlere bakarak karar verdiklerini, güvenli tarafta kalmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. "*Kardiyoloji polikliniği hemen iki kat altta. Ben başlamayayım da o başlasın şeklinde bir yaklaşım oluyor."* Bilgi kaynağı olarak bazıları, kılavuzlara, "up-to-date" gibi kaynaklara başvururken çoğunluğun bu süreci görerek yaptığı, usta-çırak ilişkisi ile yürüttüğü, bunun daha güvenilir bulunduğu görülmüştür. Birinci basamakta görev yapan hekimlerin klinik uygulamalarında kılavuz kullanma durumunun incelendiği bir çalışmada katılımcılardan yarısından fazlasının kullanmadığı belirlenmiştir.

Kullanmama nedenleri olarak kılavuzların uzun ve detaylı olması, birinci basamak yaklaşıma uygun olmaması ve yabancı kaynakların çoğunlukta olduğu ifade edilmiştir (Memi, 2020).

Tedavi planlama yaklaşımda akılcı ilaç seçimi ve kendini yeterli görme durumu da sınırlı sayıda katılımcı tarafından beyan edilmiştir. Öğrenciler akılcı ilaç seçiminin öneminin farkında olup ilaç seçiminde hastanın yaşı, komorbiditesi, gebelik-emzirme durumu, alerjileri vb. gibi özellikleri mutlaka sorguladıkları, ancak bunun dışında özellikle ilk etapta o hastalık için bildikleri ilk ilacı tercih ettiklerini, çoğu zaman güvendiği, üstünden gördüğü belli başlı kullandığı ilaçlarla devam ettiklerini, ilaç seçimini bu şekilde yaptıklarını belirtmişlerdir. Pediatrik yaş grubunda ve gebelerde tedavi planlamasında tedirgin oldukları görülmüştür. Bu tez çalışmasında elde edilen bulgularla benzer şekilde Hatay ilinde yapılan çalışmada da hekimlerin tedavi düzenlemede hastanın bireysel özelliklerini dikkate aldığı, özellikle kronik hastalık durumu ve gebeliğin sorgulandığı bildirilmiştir. Ekonomik koşulları en az dikkate alınan faktör olarak saptanmıştır (Kokaçya ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda ise uzmanlık öğrencilerinin ilaçların geri-ödenme durumlarını dikkate aldıkları ve hastanın ilaca erişip erişmeyeceğini gözettikleri belirlenmiştir.

Görüşmelerin bağlamsal analizinde ortaya çıkan diğer bir bağlamsal unsur eğitim sistemi ve klinik eğitim ve sağlık bakım deneyimlerin içinde gerçekleştiği ortam olmuştur. Öğrenciler polikliniklerde görev yapmalarının faydalı olduğunu, özellikle sık karşılaştıkları hastalıklarda kendilerini daha güvenli ve yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir. Aile Hekimliği eğitim programı dahilindeki rotasyonlar, eğitimlerinin yarısını yani 18 ayını tutmaktadır. Ancak her klinikteki rotasyonun eğitici olmadığı, daha çok serviste günlük işleyişi yürüttüklerini bunun da eğitimlerine katkısı olmadığını bildirmişlerdir. "*Mesela onkolojide serviste hasta takibi yapabiliyoruz ki, sonuçta ben aile hekimiyim, onkoloji hastasını niye takip edeyim serviste."*

Katılımcılar aynı zamanda tıp fakültelerinden mezun oldukları anda kendilerini yeterli hissetmediklerini, uzmanlık eğitimi sürecinde bunun tamamlanacağını bekledikleri ancak eğitim programın etkili olamaması durumunda bu yeterliklerin kazanılmasının zor olduğunu ifade etmişler, diğer taraftan hastalıklara yönelik katıldıkları kursların etkili olduğunu bildirmişlerdir. *"Ben hiç kimseden üniversiteden mezun olduğumda pratisyenliğe hazırdım dediğini duymadım." "2-3 haftalık kurslar şeklinde kurslarımız oluyor. Tıp eğitimindeki gibi, diyabet nedir gibi, küçük böyle, sunumlar eğitimler de oluyor ama onlardan ziyade açıkçası daha fayda sağlayan şey tedavide ilk basamak ne olmalı, hangi ilaçla başlayalım, dozu ne olsun. Birazcık daha tedaviye odaklı olunca daha verimli olduğunu düşünüyorum. Tıp fakültesinde birazcık geride kalmış gibi tedavi konusu. Aşamalı yol gösterilmesi benim için daha iyi oldu eğitimlerde."*

Eğitim programlarında eğitim saatleri, çeşitli seminerler vb. işlenmekte ancak bunlardan faydalanmada bireysel değişkenlikler dikkati çekmektedir. Bu noktada bireyin kendi kendine öğrenme motivasyonu öne çıkmaktadır. Eğitim ortamlarında bu motivasyonu oluşturup sürdürecek aktivitelere yer verilmesi daha uygun olacaktır. Ayrıca bu noktada eğiticilerle yeterli karşılaşmama ve danışmanlık alamama sorunu da ortaya çıkmıştır. Ege Üniversitesinde yapılan, Aile Hekimliği eğitimi ile ilgili niteliksel görüşlerin incelendiği bir çalışmada da programın içeriğinin ihtiyaca uygunluğu tartışılmış ve kuramsal dersler açısından öğrencilerin derslerin süresi uzun bulunmuş, bunun yerine sahada kullanabilecekleri, uygulamalara yönelik derslerin eklenebileceğini ve bunlara yönelik uygulamaların düzenlenebileceği önerilmiştir (Durmaz ve Turan, 2021).

Yurtdışındaki Aile hekimliği eğitim programlarından sekizinin sistemik derlemesi yapılmış ve Aile Hekimliği asistanlarına yönelik her bir beceri eğitimi programı, yarım günlük eğitim uygulamalarından birkaç aylık öğrenim programlarına kadar çeşitlilik gösterdiği, içeriklerinde liderlik becerileri, etkili klinik eğiticilik becerileri, teknik öğretim becerileri ve geri bildirim ve değerlendirme becerileri olduğu görülmüştür (Lacasse ve Ratnapalan, 2009). Değerlendirmelerde programların öğrenme davranışı üzerindeki etkilerini ele alınmış ve programlara katılımın önemli olduğu belirtilmiştir. Öğrenen tepkileri ve öğrenme sonuçlarının değerlendirilmesi de programların olumlu etkileri olarak belirtilmiştir.

Bu tez çalışmasına ortaya çıkan eğitim programına ilişkin diğer sorun katılımcıların kendilerini ilaç dışı tedavi de dahil tedavi planlamada yetersiz hissetmelerdir. Öğrenciler ilaç dışı tedavi düzenlemede hissettikleri yetersizliğin bir nedenini de bu konuya eğitimlerinde yeterince yer verilmemiş olmasına bağlamışlardır. Yapılan çalışmalar, ortaya çıkan yetersizlikte belirleyici olan faktörlerden birinin söz konusu hastalıklara ve becerilere yönelik uygulamaların yetersizliği olduğunu göstermiştir (Harris ve ark., 2010). Belirli becerilerde yeterliği geliştirmek amacıyla eğitim programında farklı seviyelerde, yeterlilik seviyeleri belirtilerek, eğitim aşamaları gözetilerek ve zaman tanınarak bu yöndeki eğitim uygulamalarının programa yerleştirilmesi önemlidir. Eğitim programlarının ve yeterli klinik deneyimlerinin öğrencilerin bilgi ve becerilerini geliştirdiğini ve güvenlerini artırdığını bilinmektedir. Bu noktada klinik problemler/durumlar üzerinde yoğunlaşan eğitim modüllerinin ve uygulamalı deneyimlerin önemi ve etkinliğini özellikle vurgulamaktadır. Mezuniyette bu yeterliklerin çok düşük bulunması tıp eğitiminde eğitim programlarının düzenli olarak gözden geçirilmesi ve güncellenmesi hususu, gelecekteki hekimlerin daha donanımlı olmasını sağlayacağından dikkate alınmalıdır. Tıp eğitiminin sürekli iyileştirilmesi, eğitim programlarının güçlendirilmesi mezunların meslek yaşamına daha hazırlıklı atılmalarını sağlayacaktır.

Eğiticiler tarafından iş yükünün ve yoğunluğun eğitime ayrılacak zamanı kısıtladığı bildirilmiştir. Eğiticiler tarafından bildirilen bir diğer önemli sorun diğer branşlarla olan kesişmeler ve gri alanlardır. Aile hekimlerinin yapabilecekleri işin çerçevesinin tam olarak çizilememiş olması ve standardının olmaması eğiticilerin karşılaştığı sistemsel problemlerin başında gelmektedir. Uzmanlık öğrencilerinin yaşadığı diğer sistemsel sorunlar eğiticiler tarafından da belirtilmiştir. Eğiticiler özellikle bağlamın önemine dikkat çekerek birinci basamakta hekimliğin ve aile hekimliği yaklaşımının hastane hekimliği ve diğer branşların yaklaşımlarından farklı olduğunu belirtmişlerdir. Birinci basamakta hekimlik yapmakla hastanede hekimlik yapmak, Dahiliye uzmanı olmak ile Aile Hekimi olmak arasındaki farka, sorunlara bakış açısındaki farklılığa dikkat çekmişlerdir.

"*Çünkü o ortam, oradaki talepler, oradaki sorunların yönetimi, ayrı bir şey hastane ortamından. Bu nedenle bizim çok farklı bakış açılarımız, Dahiliye hekimleri ile ya da diğer klinik branşlardan olan hekimlerle. Biz sorunları daha farklı algılıyoruz, daha farklı*".

"Mahalle arasında adamın, yokluk içinde bir hastanın neredeyse ekmek almaya parası yok. Siz para veriyorsunuz, ekmeğini alsın diye. Biz Özellikle aile hekimi olarak büyük hastanelerde süslü ortamlarda değiliz. Mahalle aralarında küçük yerlerdeyiz, halkla bir aradayız."

Eğiticiler tarafından özellikle mezuniyet öncesi tıp eğitiminde temel yeterliklerin kazanılmamış olmasına, mezun yeterlikleri açısından tıp fakülteleri arasındaki büyük farklar bulunmasına vurgu yapılmıştır. "*Bir de şöyle bir durum var, özellikle son dönemlerde bazı asistanlar çok yetersiz geliyorlar, genel hekimlik bilgileri açısından. Tıp fakültesini bitirmiş ama kan basıncı ölçmeyi bilmeyen, muayenesi yetersiz olan asistanlar var. Sanki böyle bizim tekrar tıp fakültesini öğrettiğimizi düşündüğüm asistanlar geliyor. Çok iyi fakültelerden gelenler de var bunların arasında. Tabi bu durum eğitimi yavaşlatıyor, çünkü ne kadar ileri seviyeden başlarsanız o kadar çok yararlanır. Eğitimin iki tarafı var. Siz eğitimi vereceksiniz ama karşı tarafında o eğitimi alması gerekiyor. Erişkin eğitiminin zorlayıcı taraflarından biri de bu maalesef"*

Tıp eğitiminde kendi kendine düzenleyerek öğrenmede, öğrenen kendi hedeflerini belirleyerek düşünce, duygu ve eylemlerini izleyerek, değerlendirerek ve düzenleyerek öğrenme süreçlerine aktif olarak katılır. Hedefe yönelik öğrenme stratejileri ve tekniklerinin belirlenme süreçlerine dâhil olur. Bu da iç motivasyonu ve kendi başarısına inanmayı sağlar. Bu süreçte öğrenen sadece sonuca odaklanmaz, aynı zamanda sürece de odaklanarak kendi öğrenme sürecini denetler, değiştirmesi gereken unsurlar varsa onları belirler ve yeniden düzenler. Amaçlanan bir hedefe başarılı bir şekilde ulaşılması, öz-yeterlik inançlarını ve kendini motivasyonunu artarak öğrenenin sürece daha fazla ve etkin bir şekilde dahil olması ile sonuçlanır (Sandars ve

Cleary, 2011). Kendi kendine öğrenme sürecinde öğrenenler, metabilişsel olarak bir olayı seçme, onu izleme ve değerlendirme yaklaşımı sergilerler (Zimmerman ve Schunk, 2001). Bu noktada bu süreçler aynı zamanda bir bağlamsal ve düşünümsel süreç olarak görülebilir (Gülpınar 2021). Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerin yaşadıkları deneyimler üzerinden aslında bir izleme süreci yaşadıkları ve sonradan karşılaştıklarında bir önceki deneyimlerine göre karar verdikleri ortaya çıkmıştır. Öğrenen motivasyonun belirleyiciliği bu süreçte bir diğer önemli faktör olarak dile getirilmiştir.

Deneyimsel öğrenme, öğrenmenin somut bir deneyim üzerinden gerçekleştiği bir süreçtir. Deneyimsel öğrenmede öğrenme deneyimi gerçek yaşamda ve çalışma ortamlarında gerçekleşir. Bu nedenle aynı zamanda durumsallık teorisi bağlamında ele alınan bir öğrenmedir (Yardley ve ark., 2012). Bu model, öğrenmenin gerçekleşmesi için deneyimi tek başına yeterli görmez. Deneyimin yeni veya genişletilmiş bilgi ve gelişim haline gelmesi için üzerinde düşünülmesi, yorumlanması ve mevcut bilgi yapılarına entegre edilmesi gerekir. David A. Kolb (1984) tarafından geliştirilen ve yaygın olarak alıntılanan 'Deneyimsel Öğrenme Döngüsü'nün dört ana aşaması vardır. İlk aşamada öğrenen bir somut deneyim yaşar. Bunu ikinci aşamada yapılan düşünüm izler. Üçüncü aşamada (soyut kavramsallaştırma), yaşanılan düşünümsel somut deneyim üzerinden öğrenmeler yeniden yapılandırılarak bir sonraki aşamada (dördüncü aşama) yaşanacak yeni deneyim için yeniden çerçevelendirilmeye gidilir. Öğrenilen yeni bilgi ve becerilerin geliştirilmesi/iyileştirilmesi üçüncü, uygulanması ise dördüncü aşamada gerçekleşir. Kolb deneyimsel öğrenme döngüsü mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve sürekli tıp eğitiminde çok çeşitli öğrenme durumlarında sıklıkla uygulanmaktadır. 'İyi' bir klinisyen olmak için hedeflenen yeterliklere sahip olmanın, profesyonel gelişimi sağlamanın yanında hastalar ve yakınlarıyla terapötik bir ilişki kurup sürdürmek de gerekmektedir. Deneyimsel öğrenmenin aynı zamanda hastanın iyilik haline katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bu nedenle özellikle klinik stajlar başta olmak üzere düşünümsel yaklaşımın ve deneyimsel öğrenmenin tıp eğitimin tüm aşamalarında tercih edilmesi önemlidir (Sandars, 2009). Bu bağlamda öğrenciler arasındaki farklılık ve öğrenme motivasyonlarının farklı olduğu görülmüştür. Bu husus eğiticiler tarafından da ifade edilmiştir.

Gülpınar (2021) tarafından, yukarıda bahsedilen öğrenme kuramları temelinde, düşünümsellik, karmaşıklık ve durumsallık/bağlamsallık ana kavramları üzerinden oluşturulan “Düşünümsel Bağlamsal Öğrenme ve Üçlü Düşünüm” dikkate alındığında, tedavi planlama/yönetimi de dâhil olmak üzere öğrenenlerin bağlamsal düşünme ve bağlamsal kararlar oluşturmada yeterlik kazanabilmeleri için, tedavi planlamaya ilişkin öğrenme ve sağlık bakım deneyimlerinin bu çerçevede yürütülmesi önemlidir. Düşünümün, sadece yaşanan deneyim ve deneyimi yaşanan

kişiler/ekipler üzerinde değil aynı zamanda deneyimin içinde gerçekleştiği bağlam üzerinde de gerçekleştirilmesi gerekir. Nitekim, çalışmamızda tedavi planlaması sürecinde hem klinik eğitim ve sağlık bakım ortamlarının, sosyal, ilişkisel ve duygusal ortamın hem de bu deneyimlerin içinde gerçekleştiği sağlık sisteminin, toplumsal, kültürel ortamların vb. belirleyici olduğu görülmüştür.

Görüşmelerde hem uzmanlık öğrencilerinin hem de eğiticilerin dikkat çektiği diğer bir unsur fakülteler arasında standardizasyonun olmaması idi. İşlevsiz rotasyonlardan onlardan her iki grupta bahsetmişlerdi. Yine analizlerde belirlenen eğitim ortamı alt temasında mevcut E-ASM'leri, eğitim ortamının kalabalıklığı, eğitici eksikliği, eğitim ortamının fiziksel yapısı, klinik hizmet baskınlığı gibi hususların ön plana çıktığı görülmüştür. *"Eğitici az, asistan çok. Diğer eğitim araştırmalar gibi sadece asistan eğitimi yok, öğrenci eğitimleri de var burada.*

Üçlü veri toplama kapsamında intörn öğrencilerin görüşlerinde de en büyük sorunun tıp fakültesi eğitiminin sonuncu yılında olmalarına rağmen kendilerini yeterli hissetmemeleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerden farklı olarak duyguların bu süreçte önemli olduğu, duygusal deneyimlerin ve ortamın/iklimin tüm ana temaları etkilediği ve tedavi planlama açısından sonuçlara etki ettiği görülmüştür. İntörnlerin bu süreci heves, merak, kabul, beklenti, sorumluluk, güvensizlik, kararsızlık, ikilemler/kafa karışıklığı, kaygı, korku, yetersizlik hissi, hoşnutsuzluk vb. ile birlikte yoğun duygusal deneyimler olarak yaşadığı ortaya çıkmıştır. Yine yaşadıkları sürecin hasta yoğunluğundan ve kliniğin yükünden olumsuz anlamda etkilendiği belirlenmiştir. İntörn öğrenciler aldıkları eğitimi daha çok klinik bazda değerlendirerek birebir uygulama yaptıkları acil gibi stajlarda daha çok öğrendiklerini belirtmişlerdir. Tedavi planlama sürecinde intörnler hastaların tedavisini planlarken öncelikle ilaç-dışı ve/veya farmakolojik tedaviye mi başlayacakları kararını oluşturduklarından ve farmakolojik tedavi için uygun ilaç seçmenin öneminden bahsetmişlerdir. Uzmanlık öğrencilerinde olduğu gibi ilaç seçiminde alışkanlık, üstüne/ akranına sorma, onlardan görüp tercih etmenin ön planda olduğu; bağlamsal belirleyiciler olarak da ilaç firmalar temsilcileri, sistem gibi çeşitli bireysel, toplumsal veya kurumsal bağlamların belirleyici olduğu ortaya çıkmıştır.

Yurtdışında yapılan bir çalışmada, Aile Hekimliği asistanlığının ilk altı ayında olanlarla yapılan bir niteliksel görüşmelerde mezuniyet öncesi dönemden mezuniyet sonrası döneme geçişte nelerin değiştiği sorulmuş ve en fazla sorumluluk ve bilgi ile ilgili unsurların arttığı, ilişkilerin değiştiği belirtilmiştir (Martin ve ark., 2017). Asistanlık döneminde güç ve otorite kazanıldığı, hastanın beklentilerini karşılama gibi zorunlulukların gündeme geldiği belirtmişlerdir. Zaman geçtikçe asistanların klinik görüşmede yaklaşımlarını değiştirmeye ve klinik karşılaşmayı

yönetmek için daha etkili stratejiler geliştirmeye başladıkları görülmüştür. Örneğin asistanlar, hastaların beklentilerini ortaya çıkarmaları gerektiğini fark etmişler; böylece öykü alma işlemleri daha odaklı ve seçici olabilmiştir. Sorunları nasıl önceliklendireceklerini öğrendikçe, daha odaklanmış sorular sormaya başlamışlar ve daha özgüvenli hale gelmişlerdir. Hastalar takip ziyaretlerine "zarar görmeden" döndüklerinde güvenleri ve belirsizliği tolere etme yetenekleri artmıştır. Bu bulgular bizim çalışmamızdan elde edilen bulgularla birlikte değerlendirildiğinde bu noktada tıp eğitimi, özellikle intörnlük eğitimi ile Aile Hekimliği sürecinin bir arada ele alınarak, bu eğitimlerin iyileştirilmesi, yapıları dahil yeniden yapılandırılması ve gerekirse geçiş programlarıyla desteklenmesi gerekliğini ortaya çıkmaktadır. Yeniden hatırlatmak gerekirse bu tez çalışmasında ulaşılan iki ana sonuç şu olmuştur: (1) tıp eğitiminin sonunda mezunlar tedavi planlama/yönetimi ile ilgili Ulusal ÇEP ile hedeflenen yeterliklere ulaşamamakta, (2) uzmanlık eğitiminde belli bir oranda iyileşme sağlansa da hala kabul edilebilir düzeye ulaşılamamaktadır. Nitel verilerin analizin gösterdiği üçüncü ana sonuç dikkate alındığında ortaya çıkan bir diğer gereklilik şudur: Gerek klinik eğitim gerekse sağlık bakım deneyimleri, dolayısıyla tedavi planlama/yönetim ve karar verme süreçleri bağlamsaldır; bu nedenle tedavi planlama ve karar verme süreçleri “bağlamsal birlikte-yönetim ve - karar verme” (contextual co-management / -decision making) süreçleri şeklinde yürütülmelidir.

7.3. Güçlü Yönler ve Kısıtlılıklar

Ülkemizin her coğrafi bölgesinden birer tıp fakültesinin katılımıyla nicel ve nitel yöntemler birlikte kullanılarak tedavi planlama ve yönetimine ilişkin uzmanlık öğrencisi, eğiticiler ve intörnlerden verilerin toplandığı bu tez çalışması veri çeşitlemesinin sağlandığı bir çalışma niteliğindedir. Çalışmada sadece tıp fakültesinden mezuniyet anındaki tedavi planlama ve yönetimine ilişkin yeterlik algısı araştırılmamış aynı zamanda bunun Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasındaki gelişim düzeyi de çalışılmıştır. Üstelik bu çalışmada tedavi planlama ve yönetiminin dört alt yeterlilik (uygun ilaç seçimi, reçeteleme, ilaç dışı tedavi, tedavi sürecinin yönetimi ve bilgilendirme) üzerinden ve toplumda sık karşılaşılan hastalıklar odağa alınarak tek tek hastalık bazında araştırılmış olması çalışmanın bir diğer güçlü yönünü oluşturmaktadır. Yine çalışmanın nitel kısmıyla tedavi planlama ve yönetimine ilişkin uzmanlık öğrencileri, eğiticiler ve intörnlerin bireysel deneyimlerinin, bağlamsal unsurlarıyla birlikte ayrıntılı olarak irdelenmiş olması önemlidir.

Çalışmamız kısıtlılıkları ise şunlardır:

- Çalışmaya sadece devlet üniversitesi tıp fakülteleri dahil edilmiş, vakıf tıp fakülteleri araştırma dışı bırakılmıştır. Ancak her bölgeden benzer özellikte tıp fakültesi çalışmaya dahil edildiğinden Türkiye genelinin belli oranda temsil edildiği düşünülmektedir.
- Tezin tasarımında olmasına ve birden fazla girişimde bulunulmasına rağmen tedavi planlama ve yönetimi ile ilgili yeterlik algılarına ilişkin veriler intörnlerden toplamamış; tıp fakültesi mezuniyetindeki yeterlik algıları Aile Hekimliği uzmanlık eğitimlerine devam eden öğrencilerin geriye yönelik algıları üzerinden yaptıkları değerlendirme ile sınırlı kalmıştır.
- Tedavi planlama ve yönetimine ilişkin yeterlikler öğrencilerin kendilerini yeterli hissetme algıları üzerinden birinci düzeyde verilerle değerlendirilmiştir. Bu tez çalışmasında elde edilen bulguların ikinci ve üçüncü düzey verilerin toplandığı yeni araştırmalarla desteklenmesi tablonun daha net ve kanıta dayalı bir şekilde ortaya konabilmesi adına önemli olacaktır.

7.4. Sonuç ve Öneriler

Ulusal ÇEP - 2014 ve - 2020'de TT ile kodlanan çekirdek hastalıkların/klinik problemlerin tedavi planına yönelik yeterlik algılarının ve tedavi planına ilişkin bireysel deneyimlerin araştırıldığı bu tez çalışmasında elde edilen bulguların işaret ettiği üç ana sonucu şu şekilde özetlemek mümkündür:

- Tıp fakültesinden mezun olduklarında tedavi planlama ve yönetimi ile ilgili kendilerini yeterli hisseden Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin oranı çok düşük çıkmıştır. Bu tablo tıp fakültelerinin Ulusal ÇEP ile çizilen çerçevede ve hedeflenen yeterlikte mezun yetiştirmekten uzak olduğu düşündürmektedir.
- Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin tedavi planlama ve yönetimi ile yeterlik algılarında uzmanlık eğitimi ile birlikte belli bir oranda artış gözlenmiştir. Ancak bu artışa rağmen uzmanlık eğitimin son yılında olan öğrencilerde bile kabul edilebilir düzeyin/oranın altında kalındığı belirtmek mümkündür. Uzmanlık eğitimine rağmen kendi yeterli hissetme oranları sınırlı sayıda çekirdek hastalıkta/klinik problemde (eğer kabul edilebilir oranı %80 ve üzeri olarak tanımlarsak) yakalanabilmiştir.
- Bağlamsal nitel sonuçları tedavi planlama/yönetimi sürecinin, kanıta dayalı bir yaklaşımla sağlam bir tanı sonrasında gerçekleşen "en uygun ilacı seçme ve uygulama" ile sınırlı olmadığını göstermiştir. Bu sürecin insani ve etkin karşılaşmalar, etkili iletişim ve birlikte karar verme ile yürüyen/yürütülmesi gereken ve içinde yaşandığı bağlamsal unsurlarca (sistem, kurum, toplum, kültür, ortam, iklim) belirlenen, dolayısıyla dikkate alınması

gereken, bağlamsal süreçler olarak ele alınması gerekir. Bu noktada tedavi planlama/yönetimi ile karar vermeyi "bağlamsal birlikte tedavi yönetimi ve karar verme" (contextual co-management and -decision making) şeklinde yeniden kavramlaştırmak mümkündür.

Bu sonuçlardan hareketle ileri sürülebilecek öneriler eğitim araştırmalarına ve eğitim programlarına yönelik öneriler olmak üzere ayrı ayrı aşağıda sıralanmıştır. Bununla kanıta dayalı ve akılcı tedavi planlamanın/yönetimin gerek eğitim programlarında gerekse sağlık bakım süreçlerinde yerleştirilmesi, bu yönde daha nitelikli mezunlar yetiştirilmesi, sağlık bakım süreçlerinin niteliğinin artırılması ve bu noktada ortaya çıkan tıbbi hataların önüne geçilmesi daha mümkün hale gelecektir.

Eğitim araştırmalarına yönelik öneriler:

- Birinci, ikinci ve üçüncü düzey verilerin toplandığı nicel desenli araştırmalarla akılcı tedavi planlama/yönetimi ile ilişkili kanıtların güçlendirilmesi bu yöndeki uygulamaların niteliğini artıracaktır.
- Akılcı tedavi planlama/yönetimi odaklı çeşitli öğrenim etkinlikleri (uygulamalı modüllerin, kurslar, vaka tartışmaları vb.) planlanarak bu programların etkinliklerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmalarla bu konudaki öğrenme ve ölçme- değerlendirme yöntem ve araçları iyileştirilecek; bu yönde kanıtlar güçlendirilecektir.
- Nitel desenli araştırmalarla gerek sağlık bakım gerekse klinik eğitim süreçlerinde tarafların yaşadıkları deneyimler toplumsal, kurumsal ve ekipsel açıdan tüm yönleri ve bağlamıyla derinlikli bir şekilde ortaya konacak, bu da sağlık bakım ve klinik eğitim süreç ve ortamlarında gerekli düzenlemelerin yapılmasını beraberinde getirecektir.

Eğitim programları ve uygulamalarına yönelik öneriler:

- Çıktıya/yeterliğe dayalı eğitim yaklaşımı ve Ulusal ÇEP ile çizilen çerçeve esas alınarak klinik eğitim dönemleri başta olmak üzere altı yıllık tıp eğitimi programlarının akılcı tedavi planlama/yönetimi odağında gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi/yapılandırılması önemlidir.
- Bu noktada özellikle akılcı tedavi planlama/yönetimi odaklı kurs ve staj uygulamalarının artırılması, staj/intörnlük programlarının biri akılcı tedavi planlama/yönetimi olan 5-6 boylamsal koridor üzerinden daha odaklı bir şekilde planlanması, uygun öğrenme ve ölçme-değerlendirme yöntem ve araçları kullanılarak öğrenim uygulamalarının güçlendirilmesi ile Ulusal ÇEP'le hedeflenen düzeyde daha nitelikli mezunların yetişmesi daha mümkün olacaktır.

- Altı yıllık tıp eğitimin ana yapısının (3 yıllık klinik öncesi dönem, 2 yıllık klinik dönem ve 1 yıllık intörnlük dönemi) Aile Hekimliği uzmanlık eğitimiyle bir arada ele alınarak yeniden yapılandırılması, bu yeni yapının gerekirse geçiş programlarıyla güçlendirilmesi mezunların nitelikleriyle birlikte birinci basamakta sunulan sağlık bakım hizmetinin niteliğini artıracaktır.
- Tedavi planlama/yönetimi ve karar vermenin bağlamsal doğası dikkate alınarak (bağlamsal, birlikte tedavi yönetimi ve karar verme / contextual, co-management and -decision making) tedavi planlama/yönetimi yeterliğini odağına alan eğitim uygulamalarının bağlamsal deneyimler olarak ele alınması önemlidir. Klinik eğitim ve sağlık bakım hizmeti deneyimlerin içinde gerçekleştiği bağlamı dikkate almak özellikle örtük öğrenme ile bu yönde uygun olmayan öğrenmelerin önüne geçebilecektir. Klinik öğrenme ve sağlık bakım ortamlarının tedavi planlama/yönetime ilişkin öğrenmeleri olumlu yönde destekleyecek şekilde gözden geçirilmesini ve yeniden düzenlenmesini gündeme getirecektir.

8. KAYNAKLAR

Abdoler, E. A., O'Brien, B. C., & Schwartz, B. S. (2020). Following the Script: An Exploratory Study of the Therapeutic Reasoning Underlying Physicians' Choice of Antimicrobial Therapy. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 95*(8), 1238–1247. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003498

Abelson, R.P. (1975). Concepts for representing mundane reality in plans. In D.G. Bobrow, & A. Collins (Eds.), *Representation and Understanding: Studies in Cognitive Science* (pp. 273– 309). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/C2009-0-22090-3

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2020). *Milestones Guidebook for Residents and Fellows*. https://www.acgme.org/globalassets/PDFs/Milestones/MilestonesGuidebookforResidentsFellows.pdf

Akici, A., Gören, M. Z., Aypak, C., Terzioğlu, B., & Oktay, S. (2005). Prescription audit adjunct to rational pharmacotherapy education improves prescribing skills of medical students. *European journal of clinical pharmacology*, *61*(9), 643–650. https://doi.org/10.1007/s00228-005-0960-3

Aker, S., & Mıdık, Ö. (2020). Evaluation of occupational self-efficacy beliefs of newly-graduated physicians. *Tıp Eğitimi Dünyası*, *19*(59), 36-45.

Alexander, C., Millar, J., Szmidt, N., Hanlon, K., & Cleland, J. (2014). Can new doctors be prepared for practice? A review. *The clinical teacher, 11*(3), 188–192. https://doi.org/10.1111/tct.12127

Aronson, J. K., Henderson, G., Webb, D. J., & Rawlins, M. D. (2006). A prescription for better prescribing. *BMJ (Clinical research ed.)*, *333*(7566), 459–460. https://doi.org/10.1136/bmj.38946.491829.BE

Avery, A. J., Ghaleb, M., Barber, N., Dean Franklin, B., Armstrong, S. J., Serumaga, B., Dhillon, S., Freyer, A., Howard, R., Talabi, O., & Mehta, R. L. (2013). The prevalence and nature of prescribing and monitoring errors in English general practice: a retrospective case note review. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *63*(613), e543–e553. https://doi.org/10.3399/bjgp13X670679

Aybal, T., Güme, S., Kahyaoğlu, M., Kaçar, N., & Ergin, Ş. (2012). The experiences of primary care physicians on dermatological disorders and their opinion of undergraduate education. *Türkderm, 46*(2), 67-72. https://doi:10.4274/Turkderm.16680

Aydın, B., & Gelal, A. (2012). Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 26*, 57–63.

Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7*(1), 231-274.

Barber, N. (1995). What constitutes good prescribing?. *BMJ (Clinical research ed.)*, *310*(6984), 923–925. https://doi.org/10.1136/bmj.310.6984.923

Barber, N.D., & Dean, B.S. (1998). The incidence of medication errors and ways to reduce them. *Clinical Risk, 4,* 103–106.

Bebitoğlu, T. B., & Gülpınar, M.A. (2019). Akılcı ilaç kullanımının boylamsal bir koridor şeklinde üç yıllık klinik eğitim programına entegrasyonu. *Tıp Eğitimi Dünyası, 18*(56), 110-12.

Bergl, P. A., Wijesekera, T. P., Nassery, N., & Cosby, K. S. (2020). Controversies in diagnosis: contemporary debates in the diagnostic safety literature. *Diagnosis (Berlin, Germany), 7*(1), 3–9. https://doi.org/10.1515/dx-2019-0016

Bradley, C. P. (1991). Decision making and prescribing patterns--a literature review. *Family practice, 8*(3), 276–287. https://doi.org/10.1093/fampra/8.3.276

Brinkman, D. J., Tichelaar, J., Okorie, M., Bissell, L., Christiaens, T., Likic, R., Mačìulaitis, R., Costa, J., Sanz, E. J., Tamba, B. I., Maxwell, S. R., Richir, M. C., van Agtmael, M. A., & Education Working Group of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT) (2017a). Pharmacology and therapeutics education in the European Union needs harmonization and modernization: a cross-sectional survey among 185 medical schools in 27 countries. *Clinical pharmacology and therapeutics, 102*(5), 815–822. https://doi.org/10.1002/cpt.682

Brinkman, D. J., Tichelaar, J., Schutte, T., Benemei, S., Böttiger, Y., Chamontin, B., Christiaens, T., Likic, R., Maˇiulaitis, R., Marandi, T., Monteiro, E. C., Papaioannidou, P., Pers, Y. M., Pontes, C., Raskovic, A., Regenthal, R., Sanz, E. J., Tamba, B. I., Wilson, K., Vries, T., & Working Group Research on CPT Education of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT) (2017b). Essential competencies in prescribing: A first european cross-sectional study among 895 final-year medical students. *Clinical pharmacology and therapeutics, 101*(2), 281–289. https://doi.org/10.1002/cpt.521

Brinkman, D. J., Tichelaar, J., Graaf, S., Otten, R. H. J., Richir, M. C., & van Agtmael, M. A. (2018). Do final-year medical students have sufficient prescribing competencies? A systematic literature review. *British journal of clinical pharmacology*, *84*(4), 615–635. https://doi.org/10.1111/bcp.13491

Budakoğlu, I. İ., Coşkun, O., & Ergün, M. A. (2014). National undergraduate medical core curriculum in Turkey: evaluation of residents. *Balkan medical journal, 31*(1), 23–28. https://doi.org/10.5152/balkanmedj.2013.9145

Ceylan, S. (2009). *Pratisyen hekimlerin ulusal çekirdek eğitim programında yer alan uygulamalı beceriler konusundaki deneyim ve düşüncelerinin değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış Yüksel Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Charlin, B., Boshuizen, H. P., Custers, E. J., & Feltovich, P. J. (2007). Scripts and clinical reasoning. *Medical education, 41*(12), 1178–1184. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02924.x

Chew, K. S., van Merrienboer, J. J. G., & Durning, S. J. (2017). Investing in the use of a checklist during differential diagnoses consideration: what's the trade-off?. *BMC medical education, 17*(1), 234. https://doi.org/10.1186/s12909-017-1078-x

Choudhry, N. K., Fletcher, R. H., & Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of internal medicine, 142*(4), 260–273. https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-4-200502150-00008

Co, J. P., & Perrin, J. M. (2005). Qualitative research and ambulatory pediatrics. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association*, *5*(3), 129–130. https://doi.org/10.1367/1539-4409(2005)5[129:QRAAP]2.0.CO;2

Cook, D. A., Sherbino, J., & Durning, S. J. (2018). Management reasoning: beyond the diagnosis. *JAMA, 319*(22), 2267–2268. https://doi.org/10.1001/jama.2018.4385

Cook, D. A., Durning, S. J., Sherbino, J., & Gruppen, L. D. (2019). Management reasoning: implications for health professions educators and a research agenda. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *94*(9), 1310–1316. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002768

Cook, D. A., Stephenson, C. R., Gruppen, L. D., & Durning, S. J. (2023). Management reasoning: empirical determination of key features and a conceptual model. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 98*(1), 80–87. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004810

Corrao, S., & Argano, C. (2022). Rethinking clinical decision-making to improve clinical reasoning. *Frontiers in medicine, 9*, 900543. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.900543

Coşkun, Ö., Kıyak, Y. S., Öztaş, D., Erdem, Ö., & Budakoğlu, I.İ. (2021). Skills in national core curriculum: national survey of primary care physicians in Turkey. *Konuralp Medical Journal, 13*(2), 357-369. https://doi.org/10.18521/ktd.809271

Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 78*(8), 775–780. https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00003

Croskerry, P. (2009). A universal model of diagnostic reasoning. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 84*(8), 1022–1028. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ace703

Custers, E. J., Regehr, G., & Norman, G. R. (1996). Mental representations of medical diagnostic knowledge: a review. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *71*(10 Suppl), S55–S61. https://doi.org/10.1097/00001888-199610000-00044

Custers, E. J. (2015). Thirty years of illness scripts: Theoretical origins and practical applications. *Medical teacher*, *37*(5), 457–462. https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.956052

Davis, M. H. (1999). AMEE Medical Education Guide No. 15: Problem-based learning: a practical guide. *Medical teacher, 21*(2), 130–140. https://doi.org/10.1080/01421599979743

Davis, M. H. (2003). Outcome-based education. *Journal of veterinary medical education, 30*(3), 258–263. https://doi.org/10.3138/jvme.30.3.258

De Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.

Quality & safety in health care, 17(3), 216–223. https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622

Dean, B., Barber, N., & Schachter, M. (2000). What is a prescribing error?. *Quality in health care: QHC, 9*(4), 232–237. https://doi.org/10.1136/qhc.9.4.232

Dean, B., Schachter, M., Vincent, C., & Barber, N. (2002). Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *Lancet (London, England), 359*(9315), 1373–1378. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08350-2

Dean Franklin, B., Vincent, C., Schachter, M., & Barber, N. (2005). The incidence of prescribing errors in hospital inpatients: an overview of the research methods. *Drug safety, 28*(10), 891–900. https://doi.org/10.2165/00002018-200528100-00005

Doğukan, M.N. (2008). *Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.

Donker, E. M., Brinkman, D. J., van Rosse, F., Janssen, B., Knol, W., Dumont, G., Jorens, P. G., Dupont, A., Christiaens, T., van Smeden, J., de Waard-Siebinga, I., Peeters, L. E. J., Goorden, R., Hessel, M., Lissenberg-Witte, B., Richir, M., van Agtmael, M. A., Kramers, C., Tichelaar, J., & Education committee of the Dutch Society for Clinical Pharmacology and Biopharmacy (2022). Do we become better prescribers after graduation: A 1-year international follow-up study among junior doctors. *British journal of clinical pharmacology, 88*(12), 5218–5226. https://doi.org/10.1111/bcp.15443

Dovey, S. M., Phillips, R. L., Green, L. A., & Fryer, G. E. (2003). Types of medical errors commonly reported by family physicians. *American family physician, 67*(4), 697.

Durmaz, S., & Turan, S. (2021). Mezuniyet öncesi dönemde aile hekimliği eğitim programı: uygulamalar, fırsatlar ve engeller - Ege Üniversitesi deneyimi. *Tıp Eğitimi Dünyası, 20*(60), 49-63.

Durning, S. J., & Artino, A. R. (2011). Situativity theory: a perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide no. 52. *Medical teacher, 33*(3), 188–199. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.550965

Egici, M.T., Gökseven, Y., Öztürk, G.Z., Esen, E.S., & Toprak, D. (2019). Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde 'eğitim aile sağlığı merkezleri' Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi deneyimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 23*(4), 165-175.

Ellis, A. (2002). Prescribing rights: are medical students properly prepared for them? *Br Med J*, 324, 1591.

Feltovich, P.J., & Barrows, H.S. (1984). Issues of generality in medical problem solving. In: H. G. Schmidt, M. I. De Volder (Eds.) *Tutorials in problem-based learning: a new direction inteaching the health professions.* (pp. 128–142). *Assen: Van Gorcum*

Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist, 34*(10), 906–911. https://doi.10.1037/0003-066X.34.10.906

Gavinski, K., Covin, Y. N., & Longo, P. J. (2019). Learning how to build illness scripts. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 94*(2), 293. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002493

Gawande, A. (2011). The checklist manifesto: How to get things right. *J Nursing Regulation, 1*, 64.

General Medical Council. (2018) *Outcomes for graduates.* https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/outcomes-for-graduates-2020_pdf-84622587.pdf

General Medical Council. (2024) *Good medical practice.* https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/gmp-2024-final---english_pdf-102607294.pdf

Grant, A., Sullivan, F., & Dowell, J. (2013). An ethnographic exploration of influences on prescribing in general practice: why is there variation in prescribing practices?. *Implementation science: IS, 8*, 72. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-72

Groves, K. E. M., MacKinnon, N. J., & Sketris, I. (2010). Prescribing behavior. In: N. M. Rickles, A. I. Wertheimer, M. C. Smith (Eds.), *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care* (pp. 141-176). Jones and Bartlett Publishers

Guastello, S. J., Koopmans, M., & Pincus, D. (2009). *Chaos and Complexity in Psychology.* Cambridge University Press.

Gülpınar, M. A. (2011). Uzmanlık eğitimi dönemi ve çerçeve eğitim programı geliştirme rehberi. *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi, 30,* 29-59.

Gülpınar, M. A., Yeğen, B., & Kalaça, S. (2012). Çerçeve eğitim programı geliştirme rehberi-2: mezuniyet öncesi çerçeve eğitim programı. *Tıp Eğitimi Dünyası, 35*, 43-82.

Gülpınar, M.A., Gürpınar, E., & Vitrinel, A. (2018) Evaluation of the Undergraduate Medical Education National Core Curriculum-2014: National Frame of Medical Education in Turkey. *Kuweit Medical Journal, 50*(1):43-53.

Gülpınar, M. A. (2021). Yeni bir anlam çerçevesi/paradigma arayışı. *Tıp Eğitimi Dünyası, 20*(60), 82-100.

Gülpınar, M. A. (2024). A model proposal for qualitative data analysis, interpretation, and reporting: contextuality, reflectivity and narrativity (Kabul edildi. Yayınlanma aşamasında).

Hannon, F. B. (2000). A national medical education needs' assessment of interns and the development of an intern education and training programme. *Medical education, 34*(4), 275–284. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00512.x

Hanson, J. L., Balmer, D. F., & Giardino, A. P. (2011). Qualitative research methods for medical educators. *Academic pediatrics*, *11*(5), 375–386. https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.05.001

Harden, R. M., Laidlaw, J. M., Ker, J. S., & Mitchell, H. E. (1996). AMEE medical education guide no. 7: task-based learning: an educational strategy for undergraduate, postgraduate and continuing medical education, part 2. *Medical Teacher, 18*(2), 91-98. https://doi.org/10.3109/01421599609034140

Harden, R. M., Crosby, J. R., Davis, M. H., & Friedman, M. (1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical teacher, 21*(6), 546–552. https://doi.org/10.1080/01421599978951

Harden, R., Crosby, J., Davis, M. H., Howie, P. W., & Struthers, A. D. (2000). Task-based learning: the answer to integration and problem-based learning in the clinical years. *Medical education, 34*(5), 391–397. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00698.x

Harding, S., Britten, N., & Bristow, D. (2010). The performance of junior doctors in applying clinical pharmacology knowledge and prescribing skills to standardized clinical cases. *British journal of clinical pharmacology, 69*(6), 598–606. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03645.x

Harris, P., Snell, L., Talbot, M., & Harden, R. M. (2010). Competency-based medical education: implications for undergraduate programs. *Medical teacher, 32*(8), 646–650. https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.500703

Heaton, A., Webb, D. J., & Maxwell, S. R. (2008). Undergraduate preparation for prescribing: the views of 2413 UK medical students and recent graduates. *British journal of clinical pharmacology, 66*(1), 128–134. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2008.03197.x

Hogerzeil, H. V. (1995). Promoting rational prescribing: an international perspective. *British journal of clinical pharmacology, 39*(1), 1–6. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1995.tb04402.x

Holmboe, E. S., & Batalden, P. (2015). Achieving the Desired Transformation: Thoughts on Next Steps for Outcomes-Based Medical Education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 90*(9), 1215–1223. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000779

Holmboe, E. S., Sherbino, J., Englander, R., Snell, L., Frank, J. R., & ICBME Collaborators (2017). A call to action: The controversy of and rationale for competency-based medical education. *Medical teacher, 39*(6), 574–581. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315067

James, H., Tayem, Y. I., Al Khaja, K. A., Veeramuthu, S., & Sequeira, R. P. (2016). Prescription writing in small groups as a clinical pharmacology educational intervention: perceptions of preclerkship medical students. *Journal of clinical pharmacology, 56*(8), 1028–1034. https://doi.org/10.1002/jcph.692

Kamarudin, G., Penm, J., Chaar, B., & Moles, R. (2013). Educational interventions to improve prescribing competency: a systematic review. *BMJ open, 3*(8), e003291. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003291

Kanheman, D. (2013). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.

Kara, İ. H., Günvar, T., Sunay, D., & Başak, O. (2016). Aile hekimliği uygulama eğitimi: nerede, ne kadar, nasıl ve ne zaman? *Konuralp Tıp Dergisi, 8*(1), 65-71.

Keijsers, C. J., Segers, W. S., de Wildt, D. J., Brouwers, J. R., Keijsers, L., & Jansen, P. A. (2015). Implementation of the WHO-6-step method in the medical curriculum to improve pharmacology knowledge and pharmacotherapy skills. *British journal of clinical pharmacology, 79*(6), 896–906. https://doi.org/10.1111/bcp.12575

Kokaçya, S. H., Erdem, M., & Tiryaki, Ü. M. (2020). Akılcı ilaç kullanımı: Hatay'da aile hekimlerinin bilgi ve davranışları. *Türk Aile Hek Dergisi, 24*(4), 184-195.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. (1st ed.). Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.

Köksal, S., Vehid, S., Tunçkale, A., Çerçel, A., Erginöz, E., Kaypmaz, A., Sipahioğlu, F., & Özbal, A.N. (1999). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrasıyla ilgili tutumları. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 30*, 251-258.

Kuo, G. M., Phillips, R. L., Graham, D., & Hickner, J. M. (2008). Medication errors reported by US family physicians and their office staff. *Quality & safety in health care, 17*(4), 286-290. https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024869

Kuper, A., Lingard, L., & Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *BMJ (Clinical research ed.), 337*, a1035. https://doi.org/10.1136/bmj.a1035

Kurt, İ., Özgün, H., Polatlı, M., & Karaman, C. (2003). Mezuniyet sonrası tıp eğitiminin değerlendirilmesi: araştırma görevlilerinde temel tıp eğitiminin yeterliliği. *Tıp Eğitimi Dünyası, 13*(13), 37-43.

Lacasse, M., & Ratnapalan, S. (2009). Teaching-skills training programs for family medicine residents: systematic review of formats, content, and effects of existing programs. *Canadian family physician Medecin de famille canadien, 55*(9), 902–3.e35.

Lam, T. P., Yeung, C. K., & Lam, K. F. (2011). What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors?. *BMC medical education, 11*, 20. https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-20

Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England journal of medicine, 324*(6), 377–384. https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605

Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., Hallisey, R., Ives, J., Laird, N., & Laffel, G. (1995). Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA, 274*(1), 35–43.

Leendertse, A. J., Egberts, A. C., Stoker, L. J., van den Bemt, P. M., & HARM Study Group (2008). Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Archives of internal medicine, 168*(17), 1890–1896. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.3

Lexchin, J. (1993). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say?. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 149*(10), 1401–1407.

Likic, R., & Maxwell, S. R. (2009). Prevention of medication errors: teaching and training. *British journal of clinical pharmacology, 67*(6), 656–661. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03423.x

Lilley, P. M., & Harden, R. M. (2003). Standards and medical education. *Medical teacher, 25*(4), 349–351. https://doi.org/10.1080/01421590310001595581

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, Calif: Sage.

Lubarsky, S., Dory, V., Audétat, M. C., Custers, E., & Charlin, B. (2015). Using script theory to cultivate illness script formation and clinical reasoning in health professions education. *Canadian medical education journal, 6*(2), e61–e70.

Management Sciences for Health. (2012). MDS-3: *Managing access to medicines and health technologi*es; Management Sciences for Health (MSH). https://msh.org/wp-content/uploads/2014/01/mds3-jan2014.pdf

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., Danser, A. H. J., & Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of hypertension, 41*(12), 1874–2071.

Martin, M., Sedighi Manesh, R., Henderson, M. C., & Critchfield, J. M. (2015). Diagnostic Scheming. *Journal of general internal medicine, 30*(12), 1874–1878. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3478-0

Martin, D., Nasmith, L., Takahashi, S. G., & Harvey, B. J. (2017). Exploring the experience of residents during the first six months of family medicine residency training. *Canadian medical education journal, 8*(1), e22–e36.

Maudsley, G. (2011). Mixing it but not mixed-up: mixed methods research in medical education (a critical narrative review). *Medical teacher, 33*(2), e92–e104. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.542523

Memi, Z.G. (2020). *Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin klinik uygulamalarında kılavuzları kullanım tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi]. Trakya Üniversitesi.

Merriam, S.B. (1998). Q*ualitative research and case study applications in education* (2nd ed.). Jossey-Bass Publishers.

Miller, R. R. (1973). Prescribing habits of physicians: a review of studies on prescribing of drugs (Parts I–III). *Drug Intelligence & Clin Pharmacy. 7*, 492–500.

Miller, R. R. (1974). Prescribing habits of physicians: a review of studies on prescribing of drugs (Parts VII–VIII). *Drug Intelligence & Clin Pharmacy. 8*, 81–91.

Monrouxe, L. V., Grundy, L., Mann, M., John, Z., Panagoulas, E., Bullock, A., & Mattick, K. (2017). How prepared are UK medical graduates for practice? A rapid review of the literature 2009-2014. *BMJ open, 7*(1), e013656. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013656

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European journal of general practice, 24*(1), 9–18. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091

Moulton, C. A., Regehr, G., Mylopoulos, M., & MacRae, H. M. (2007). Slowing down when you should: a new model of expert judgment. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 82*(10 Suppl), S109–S116. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181405a76

Newble, D., Stark, P., Bax, N., & Lawson, M. (2005). Developing an outcome-focused core curriculum. *Medical education, 39*(7), 680–687. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02198.x

Norman, G., Young, M., & Brooks, L. (2007). Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Medical education, 41*(12), 1140–1145. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02914.x

Oktay, C., Şenol, Y., Engin, S., & Simsek, T. (2020). Aday doktorların mezuniyet öncesi dönemde temel hekimlik uygulamalarındaki yeterlik algı düzeyleri. *Tıp Eğitimi Dünyası. 19*(59), 140-157.

Oshikoya, K. A., Bello, J. A., & Ayorinde, E. O. (2008). Prescribing knowledge and skills of final year medical students in Nigeria. *Indian journal of pharmacology*, *40*(6), 251–255. https://doi.org/10.4103/0253-7613.45150

Özgün, Ş., Topbaş, M., & Çan, G. (2006). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi 2002-2003 yılında eğitim gören intörn hekimlerinin bazı acil durumlar, hastalıklar ve klinik girişimler konusunda yeterlilikleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, *21*(21), 11-15.

Parsons, A. S., Wijesekera, T. P., & Rencic, J. J. (2020). The management script: a practical tool for teaching management reasoning. academic medicine. *Journal of the Association of American Medical Colleges, 95*(8), 1179–1185. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003465

Peshkin, A. (1993). The goodness of qualitative research. *Educational Researcher, 22*, 23–29.

Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., Forciea, M. A., Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Denberg, T. D., Barry, M. J., Boyd, C., Chow, R. D., Fitterman, N., Harris, R. P., Humphrey, L. L., & Vijan, S. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine, 166*(7), 514–530. https://doi.org/10.7326/M16-2367

Reason, J. T., Carthey, J., & de Leval, M. R. (2001). Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in health care: QHC, 10 Suppl 2*, ii21–ii25. https://doi.org/10.1136/qhc.0100021..

Ross, S., & Loke, Y. K. (2009). Do educational interventions improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review. *British journal of clinical pharmacology*, *67*(6), 662–670. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03395.x

Ross, S., & Maxwell, S. (2012). Prescribing and the core curriculum for tomorrow's doctors: BPS curriculum in clinical pharmacology and prescribing for medical students. *British journal of clinical pharmacology, 74*(4), 644–661. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04186.x

Ryan, C., Ross, S., Davey, P., Duncan, E. M., Francis, J. J., Fielding, S., Johnston, M., Ker, J., Lee, A. J., MacLeod, M. J., Maxwell, S., McKay, G. A., McLay, J. S., Webb, D. J., &

Bond, C. (2014). Prevalence and causes of prescribing errors: the PRescribing Outcomes for Trainee Doctors Engaged in Clinical Training (PROTECT) study. *PloS one*, *9*(1), e79802. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079802

Salomon, G. (1995). No distribution without individuals' cognition: A dynamic interactional view. In: G. Salomon (Eds.). *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 111–137). Cambridge University Press.

Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical teacher*, *31*(8), 685–695. https://doi.org/10.1080/01421590903050374

Sandars, J., & Cleary, T. J. (2011). Self-regulation theory: applications to medical education: AMEE Guide No. 58. *Medical teacher*, *33*(11), 875–886. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.595434

Schrewe, B., Ellaway, R. H., Watling, C., & Bates, J. (2018). The Contextual Curriculum: Learning in the Matrix, Learning From the Matrix. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *93*(11), 1645–1651. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002345

Schumock, G. T., Walton, S. M., Park, H. Y., Nutescu, E. A., Blackburn, J. C., Finley, J. M., & Lewis, R. K. (2004). Factors that influence prescribing decisions. *The Annals of pharmacotherapy*, *38*(4), 557–562. https://doi.org/10.1345/aph.1D390

Siegel, B., & Greenberg, L. (2001). Medical education scholarship and ambulatory pediatrics: a review and reflection. *Ambulatory pediatrics: the official journal of the Ambulatory Pediatric Association*, *1*(4), 182–184. https://doi.org/10.1367/1539-4409(2001)001<0182:mesaap>2.0.co;2

Singh, T., Banerjee, B., Garg, S., & Sharma, S. (2019). A prescription audit using the World Health Organization-recommended core drug use indicators in a rural hospital of Delhi. *Journal of education and health promotion*, *8*, 37. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_90_18

Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., Celli, B. R., Criner, G. J., Frith, P., Halpin, D. M. G., Han, M., López Varela, M. V., Martinez, F., Montes de Oca, M., Papi, A., Pavord, I. D., Roche, N., Sin, D. D., Stockley, R., Vestbo, J., Wedzicha, J. A., & Vogelmeier, C. (2019). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the GOLD science committee report 2019. *The European respiratory journal*, *53*(5), 1900164. https://doi.org/10.1183/13993003.00164-2019

Slight, S. P., Howard, R., Ghaleb, M., Barber, N., Franklin, B. D., & Avery, A. J. (2013). The causes of prescribing errors in English general practices: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *63*(615), e713–e720. https://doi.org/10.3399/bjgp13X673739

Sönmez, V. (2021). *Türkiye'deki tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sık görülen dermatolojik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi* [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kocaeli Üniversitesi.

Şenel, S., & Budakoğlu, I. İ. (2024). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin UÇEP 2020 temel hekimlik uygulamalarına yönelik yeterlik algılarının değerlendirilmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, *23*(69), 70-88.

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2010). *Sage Handbook Of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2nd ed.). Sage.

Tay, S. W., Ryan, P., & Ryan, C. A. (2016). Systems 1 and 2 thinking processes and cognitive reflection testing in medical students. *Canadian medical education journal*, *7*(2), e97–e103.

The General Medical Council. (2009). *An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. EQUIP study*. Dornan, T., Ashcroft, D., Heathfield, H., Lewis, P., Miles, J., Taylor, D., Tully, M., Wass, V. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/FINAL_Report_prevalence_and_causes_of_prescribing_errors.pdf_28935150.pdf

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada - CanMEDS (2015) *Physician Competency Framework* Jason R. Frank, Linda S, Jonathan S. https://www.royalcollege.ca/en/canmeds/canmeds-faculty-development-resources.html#canmeds-physician-competency

Theodorou, M., Tsiantou, V., Pavlakis, A., Maniadakis, N., Fragoulakis, V., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2009). Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC health services research*, *9*, 150. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-150

Thomas, A. N., Boxall, E. M., Laha, S. K., Day, A. J., & Grundy, D. (2008). An educational and audit tool to reduce prescribing error in intensive care. *Quality & safety in health care*, *17*(5), 360–363. https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023242

Tichelaar, J., Richir, M. C., Avis, H. J., Scholten, H. J., Antonini, N. F., & De Vries, T. P. (2010). Do medical students copy the drug treatment choices of their teachers or do they think for themselves?. *European journal of clinical pharmacology*, *66*(4), 407–412. https://doi.org/10.1007/s00228-009-0743-3

Tichelaar, J., van Kan, C., van Unen, R. J., Schneider, A. J., van Agtmael, M. A., de Vries, T. P., & Richir, M. C. (2015). The effect of different levels of realism of context learning on the prescribing competencies of medical students during the clinical clerkship in internal medicine: an exploratory study. *European journal of clinical pharmacology*, *71*(2), 237–242. https://doi.org/10.1007/s00228-014-1790-y

Tobaiqy, M., McLay, J., & Ross, S. (2007). Foundation year 1 doctors and clinical pharmacology and therapeutics teaching. A retrospective view in light of experience. *British journal of clinical pharmacology*, *64*(3), 363–372. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02925.x

Tracy, C. S., Dantas, G. C., & Upshur, R. E. (2003). Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC family practice*, *4*, 6. https://doi.org/10.1186/1471-2296-4-6

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2019). *TUKMOS Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı* 11.09.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2022). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı* 2022. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf

Utlu, Y., & Başak, O. (2018). Uzmanlık eğitimini yeni bitirmiş aile hekimliği uzmanlarının yeni çalışma dönemlerine bakışları ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasından beklentileri. *The Journal of Turkish Family Physician 09*(4), 98-103. https://doi:10.15511/jtfp.18.00498

Uzuner, A., Topsever, P., Unluoglu, I., Caylan, A., Dagdeviren, N., Uncu, Y., Mazicioğlu, M., Ozçakir, A., Ozdemir, H., & Ersoy, F. (2010). Residents' views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Medical Education, 10,* 29. https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-29

Varpio, L., Martimianakis, M. A., & Mylopoulos, M. (2015). Researching Medical Education. In J. Cleland, & S. J. Durning (Eds.), *Qualitative research methodologies: embracing methodological borrowing, shifting and importing* (pp. 245-258). John Wiley & Sons.

Velo, G. P., & Minuz, P. (2009). Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *British journal of clinical pharmacology, 67*(6), 624–628. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03425.x

Watmough, S., O'Sullivan, H., & Taylor, D. (2009). Graduates from a traditional medical curriculum evaluate the effectiveness of their medical curriculum through interviews. *BMC medical education, 9,* 64. https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-64

Wettermark, B., Godman, B., Jacobsson, B., & Haaijer-Ruskamp, F. M. (2009). Soft regulations in pharmaceutical policy making: an overview of current approaches and their consequences. *Applied health economics and health policy, 7*(3), 137–147. https://doi.org/10.1007/BF03256147

Wheeler, D. J., Cascino, T., Sharpe, B. A., & Connor, D. M. (2017). When the script doesn't fit: an exercise in clinical reasoning. *Journal of general internal medicine, 32*(7), 836–840. https://doi.org/10.1007/s11606-017-4018-x

Wollenberg, A., Kinberger, M., Arents, B., Aszodi, N., Avila Valle, G., Barbarot, S., Bieber, T., Brough, H. A., Calzavara Pinton, P., Christen-Zäch, S., Deleuran, M., Dittmann, M., Dressler, C., Fink-Wagner, A. H., Fosse, N., Gáspár, K., Gerbens, L., Gieler, U., Girolomoni, G., Gregoriou, S., & Flohr, C. (2022). European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, 36*(9), 1409–1431. https://doi.org/10.1111/jdv.18345

Wonca Europe. (2023). The *European Definition of General Practice / Family Medicine*. (WONCA Europe 2023 Edition). https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf

World Federation for Medical Education. (2015). *Continuing Professional Development of Medical Doctors WFME Global Standards For Quality Improvement The 2015 Revision*. https://wfme.org/wp-content/uploads/2015/01/CPD_2015_v2.pdf

World Federation for Medical Education (WFME) (2020) *Basic Medical Education WFME Global Standards For Quality Improvement The 2020 Revision*. https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf

World Federation For Medical Education (2023). *Postgraduate medical education. Global Standards For Quality Improvement of Medical Education The 2023 Revision* https://wfme.org/wp-content/uploads/2023/03/WFME-STANDARDS-FOR-POSTGRADUATE-MEDICAL-EDUCATION_2023.pdf

World Health Organization. (1985). *The rational use of drugs: Report of the Conference of Experts Nairob*i. https://iris.who.int/handle/10665/37174

World Heath Organisation (1994). *Guide to Good Prescribing – A Practical Manual*. De Vries, T. P. G. M., Henning, M., Hogerzeil, R.H., Hans, V., Fresle, D.A. Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59001/WHO_DAP_94.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2004). *The World Medicines Situation*; World Health Organization: Geneva, Switzerland. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68735/WHO_EDM_PAR_2004.5.pdf?sequence=1

Yalçınoğlu, N., Kayı, İ., Işık, Ş., Aydın, T., Zengin, Ş., & Karabey, S. (2013). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi ile ilgili görüşleri. *İst Tıp Fak Derg*isi, *75*(3), 41-45.

Yardley, S., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2012). Experiential learning: AMEE Guide No. 63. *Medical teacher*, *34*(2), e102–e115. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.650741

Yıldırım, B., & Egici, M.T. (2018). Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bakış açısından Aile Hekimliği saha eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezleri. *Ankara Medical Journal, 18*(3), 300-311.

Yükseköğretim Kurulu (2014) Gülpınar, M., A., Gürpınar, E., Songur, A., Vitrinel, A. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı - 2014. https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/medtip_752c6.pdf

Yükseköğretim Kurulu (2020) Arıcı, D.S., Demir, A.M., Gürpınar, E. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı - 2020. https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf

Zimmerman, B. J. & Schunk, D. H. (2001) *Self-regulated learning and academic achievement: Theoretical perspectives* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

9. ÖZGEÇMİŞ

10. BİLİMSEL FAALİYETLER

Makale

Bebitoglu, B. T., Oguz, E., Acet, N. G., Akdeniz, E., & Sarikaya, Ö. (2021). The short- and long-term effects of a course on rational drug use: A comparative study between prefinal- and final-year undergraduate medical students who attended the course in different clinical years. *Journal of education and health promotion*, *10*, 213. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1152_20

Bebitoglu, B. T., Gülpınar, M. A. (2019). Akılcı İlaç Kullanımının Boylamsal Bir Koridor Şeklinde Üç Yıllık Klinik Eğitim Programına Entegrasyonu - Integration of Rational Pharmacotherapy to a Three-Year Clinical Training Program as a Longitudinal Threads. T*ıp Eğitimi Dünyası, 18*(56), 110-122.

https://doi.org/10.25282/ted.572193

Bebitoglu, B. T. . (2020). What do Medical Students Think about the Clinical Pharmacology Course in the Fourth Year of Medical Education? *Haydarpasa Numune Medical Journal. 60*(2), 162–167.

https://doi.org/10.14744/hnhj.2019.65002

Bildiri (Poster ve Sözel)

Terzioğlu Bebitoğlu, B., Akdeniz, E., Gülpınar, M.A. (2023,16-18 Kasım). A*ile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ulusal çekirdek eğitim programında tanı-tedavi ile kodlanan hastalıkların tedavisini planlamayla ilgili yeterliklerine ilişkin değerlendirme*. [Sözel sunum]. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Ankara, Türkiye.

Terzioğlu Bebitoğlu, B., Doğanç, F. B., Sargın, M., Gülpınar, M.A. (2023, 11-14 May). *Experiences of family medicine residency students and family medicine educators during treatment planning of diseases coded with diagnosis and treatment in the National Core Education Programme*. [Sözel sunum]. 22nd International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress. Adana, Türkiye.

Ersoy, H. M., Kaleli, Ş., Savcı, C. B., Sezgin, B., Keskin, K. S., Aksoy, A. K., Terzioğlu Bebitoğlu, B. (2021, 2021 Mart). *İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 2 öğrencilerinin öğrenme stilleri ile uzaktan eğitimden memnuniyet durumu arasındaki*

ilişkinin incelenmesi. [Poster sunumu]. İstanbul Medeniyet Üniversitesi 5. Ulusal Tıp Öğrenci Kongresi, İstanbul, Türkiye.

Terzioğlu Bebitoğlu, B., Koç, D. Oğuz, Ankaralı, E. H., Taşdemir, M. (2018, 9-12 Mayıs). *Tıp Eğitiminde geri bildirim verme ile ilgili öğrenci yaklaşımı.* [Poster sunumu]. Tıp Eğitimini Geliştirme Derneği UTEK'18 X. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, İzmir, Türkiye. (poster birincilik ödülü)

Oğuz, E., Terzioğlu Bebitoğlu, B. (2018, 9-12 Mayıs). *Tıp Fakültesi beşinci sınıf öğrencilerinde klinik farmakoloji stajının reçete yazma becerileri üzerine etkisi*. [Poster sunumu]. Tıp Eğitimini Geliştirme Derneği UTEK'18 X. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, İzmir, Türkiye.

11. EKLER

Ek 1 Etik Kurul Kararı

Ek 2 Tedavi Planlamaya İlişkin Yeterlik Algısı Anketi

1. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. İsim
2. İletişim bilgileri (telefon/mail adresi)
3. Yaş
4. Cinsiyet
5. Mezun olduğu lise
6. Öğrencisi olduğu kurum (üniversite adı)
7. Fakültede klinik farmakoloji stajına katıldınız mı
8. Mezun olunan üniversite (tıp fakültesi adı)
9. Asistanlıkta Geçen süre (yıl- ay)
10. Tıp fakültesi bitirdikten sonra başka yerde görev yaptınız mı? Evet Hayır
11. Evet ise; Nerede - hangi görev - kaç yıl/ay

2. TEDAVİ PLANLAMAYA İLİŞKİN YETERLİK ALGILARI

Aşağıda tabloda Ulusal ÇEP-2014 ve 2020 ile belirlenen hastalıklar sıralanmıştır. Bu hastalıklar, tıp fakültesinden mezun olunca birinci basamak şartlarında tanısı koyup tedavisini planlamamız gereken hastalıklardır. Mezun olduğunuz/olacağınız tıp fakültenizden sizi buna göre mezun etmesi beklenmektedir. Lütfen aşağıda sıralanan her bir hastalık için kendinizi şu anda ne kadar yeterli hissettiğinizi dört parametrenin (1. uygun ilaç seçimi, 2.reçeteleme, 3. ilaçla ilgili bilgilendirme ve kontrol ve izlem de dahil tedavi ile ilgili süreci yönetme, 4. İlaç dışı önerileri planlama ve bilgilendirme/yönlendirme) her biri için 3 üzerinden belirtiniz. *1-yetersiz; 2-kısmen; 3- yeterli*

Son sütunda hastalığın ilaç dışı tedavisine ilişkin bireysel yeterlik algınızı 3 üzerinden değerlendirmeniz istenmektedir. Eğer hastalığın ilaç dışı tedavisi olmadığını düşünüyorsanız "0" işaretleyiniz.

Ulusal ÇEP **Çekirdek hastalıklar/klinik problemler**	**Uygun ilaç seçimi**	**Reçeteleme:** İlacın dozu, kullanım sıklığı. Farmasötik şeklinde bulunan etken madde, miktarı ve İlaç uygulama yolu (farmasötik şekil)	**İlaçla ilgili bilgilendirme ve yönetme:** Tedavi süresi, kontrol, izlem, yan etki vb.	**İlaç dışı önerileri planlama ve bilgilendirme/ yönlendirme**	
Akciğer tüberkülozu	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Akne vulgaris/rozasea	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Alerjik reaksiyon	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Alerjik rinit	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Anal fissür	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Astım	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Bası yaraları	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Benign paroksismal pozisyonel vertigo	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Boğmaca	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Bruselloz	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Çocukta fonksiyonel kabızlık	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
D vitamini eksikliği	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Dehidratasyon	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Demir eksikliği anemisi	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, abseler	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Derinin paraziter hastalıkları	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③

Dermatit (atopik, kontakt, seboreik,bebek bezi)	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Diabetes mellitus ve komplikasyonları	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Dislipidemi	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Döküntülü enfeksiyöz hastalıklar	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Esansiyel hipertansiyon	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Febril konvülsiyon	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Gastroenteritler	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Gastrointestinal sistem parazitozları	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Gastro-özefageal reflü	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Genital enfeksiyonlar	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Gerilim tipi başağrısı	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Hemoroid	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Hiperemezis gravidarum	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Hipotiroidizm	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
İnfluenza	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Kabakulak	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Konjenital hipotiroidizm	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Konjonktivit	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Malnutrisyon	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Megaloblastik anemi	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Mekanik bel ağrısı	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Moniliyazis	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Osteoartrit	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Otitis eksterna	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Otitis media	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Peptik hastalıklar (ülser, gastrit)	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Pnömoniler	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Stomatit	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③

Taşıt tutması	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Tenosinovitler	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Üriner sistem enfeksiyonları	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Ürtiker ve anjioödem	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Üst solunum yolu enfeksiyonları	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Yanıklar	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Yenidoğanda konjonktivit	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Depresyon	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Difteri	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Guatr	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
İlaç yan etkileri	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
K vitamini yetersizliği	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③
Premenstrüel sendrom	①②③	①②③	①②③	○ Yok	①②③

Ek 3. Birebir Derinlemesine Görüşme Soruları

Başlangıç Soruları

Uzmanlık Öğrencileri

1. ……. hastalık tanısı konmuş olan hastanın tedavi planını nasıl yaparsınız. Baştan başlayarak süreci, akışı anlatabilir misiniz.
2. Almakta olduğunuz eğitiminizi tedavi planlama açısından nasıl değerlendirirsiniz
3. Tedavi planlama ile ilgili deneyimleriniz neler, deneyiminizi paylaşır mısınız.
4. İlaç seçimi yaparken neleri değerlendiriyorsunuz. İlaç seçiminde neleri düşünürsünüz.
5. Tedaviyi planlarken hangi faktörleri dikkate alırsınız

Aile Hekimliği Eğiticileri

1. .... hastalık tanısı konmuş olan hastanın tedavi planını nasıl yaparsınız. Baştan başlayarak süreci, akışı anlatabilir misiniz.
2. Tedavi planlama ile ilgili deneyimleriniz neler, deneyiminizi paylaşır mısınız.
3. İlaç seçimi yaparken neleri değerlendiriyorsunuz. İlaç seçiminde neleri düşünürsünüz.
4. Tedaviyi planlarken hangi faktörleri dikkate alırsınız

İntörn Öğrenciler

1. .... hastalık tanısı konmuş olan hastanın tedavi planını nasıl yaparsınız. Baştan başlayarak süreci, akışı anlatabilir misiniz.
2. Tamamladığınız veya 1-2 ay içinde tamamlayacağınız eğitiminizi tedavi planlama açısından nasıl değerlendirirsiniz
3. Tedavi planlama ile ilgili deneyimleriniz neler, deneyiminizi paylaşır mısınız.
4. İlaç seçimi yaparken neleri değerlendiriyorsunuz. İlaç seçiminde neleri düşünürsünüz.
5. Tedaviyi planlarken hangi faktörleri dikkate alırsınız