

## **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları**

### ***Reproductive Health Knowledge, Attitude and Behaviour of Residents at Dokuz Eylül University Medical Faculty***

Nilgün Özçakar\*, Neşe Yeniçeri\*, Vildan Mevsim\*, Dilek Güldal\*\*

---

#### **ÖZET**

**GEREKÇE:** Çağdaş anlayışa göre sağlıklı üreme tüm insanların hakkı olup, bu alandaki eğitimin temeli tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi döneminde atılmalıdır. Çalışmamızda üreme sağlığı konusunda uzmanlık öğrencilerinin bilgilerinin yanı sıra, bireysel ve mesleki anlamda tutum ve davranışlarının araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan 288 asistandan 138'ine ulaşılarak üreme sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 11.0 programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Katılımcıların % 44.9'u erkek, % 55.1'i kadın olup yaş ortalamaları 27.2 (23–36) idi. Bekarların oranı % 55.0, evlilerin % 42.8, boşanmışların ise % 2.2 olup, cinsel deneyimi olanların oranı % 77.1 idi. Kadınların toplam bilgi puanı erkeklere göre yüksekti ( $p<0.05$ ). Üreme sağlığı konusunda kendisi danışmanlık aldığını belirtenlerin oranı % 22.5 olup, % 55.8'i hastalarına danışmanlık vermemekte idi. Tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edindiğini belirtenlerin oranı % 85.5 iken, uzmanlık eğitimi sırasında bilgi alanların oranı % 12.3'e düşmekte idi. Katılımcıların % 62.3'ü üreme sağlığı hizmetlerinden öncelikle AH/GP'lerinin sorumlu olduğunu düşünüyordu.

**SONUÇ:** Uzmanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı eğitimi gereğince ve uygun yöntemler kullanılarak yapılmamaktadır. Bu durum üreme sağlığı hizmetlerini kesintiye uğrattığı gibi hekimlerin kendi yaşamlarındaki tutum ve davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Üreme sağlığı, kontrasepsiyon, uzmanlık öğrencisi, bilgi, tutum, davranış

---

\* Öğr.Gör.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir  
e-posta: nilgun.ozcakar@deu.edu.tr

\*\* Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Bu çalışmanın bazı bölümleri 4-7 Mayıs 2004 tarihleri arasında Bursa'da yapılan VI.Ulusal Aile hekimliği Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

## **Reproductive Health Knowledge, Attitude and Behaviour of Residents at Dokuz Eylül University Medical Faculty**

### **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Because healthy reproduction is one of the human rights in modern world, reproductive health education must begin in medical education and vocational training. This study aimed to investigate knowledge, attitude and behaviour of the residents in reproductive health.

**METHODS:** 138 of 288 residents of Dokuz Eylül University Medical Faculty were questionnaired about their knowledge, attitude and behaviours in reproductive health. The results were analysed by SPSS 11.0 package program and chi-square test was used for statistical analysis.

**RESULTS:** The responders were 44.9 % male, 55.1 % female. The mean age was 27.2 (23-36) years. Mean total knowledge scores of women were higher than the men ( $p < 0.05$ ). A small group of responders (22.5 %) had received reproductive health counseling 55.8 % were not giving counseling to their patients. Those who have been trained on reproductive health during undergraduate education were 85.5 %, while those who have been trained during residency training were only 12.3 %. 62.3 % of the respondents agreed that family physicians could be primarily responsible for reproductive health care services.

**CONCLUSIONS:** Reproductive health education is not appropriately given in residency training in Dokuz Eylül Medical School. This causes defects in reproductive health care and physicians' personal attitude and behaviour in their lives.

**Key words:** Reproductive health, contraception, resident, knowledge, attitude, behaviour

### **GİRİŞ**

Üremeye ilişkin sağlık sorunları son 20 yıla kadar Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) kapsamında ele alınırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşanan sorunlar dikkate alındığında, bu yaklaşım, üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarının çözümü için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle 1994'ten itibaren, "Üreme Sağlığı" kavramı gündeme girmiş ve kabul görmüştür (1).

Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünya 1960'lı yıllardan itibaren, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkilerine odaklanmıştır. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınma çabalarının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur (2, 3).

Üreme Sağlığı, tanım olarak, "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur" (4). Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (4, 5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün bu tanımından anlaşılacağı gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adolesanların ve kadınların

sağlığını geliştirmeyi-desteklemeyi gündeme getirmektedir. Bireylerin sağlığının geliştirilmesi koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda etkili müdahaleler ile mümkündür (2, 4). Bütün bu koşullar değerlendirildiğinde üreme sağlığı ile ilgili olarak mezuniyet öncesi ve hizmet içi programlar yürütülmüştür (6). Ancak uzmanlık eğitimi alan asistanlar bu tür destekleyici hizmetten yararlanmamışlardır (7, 8).

Çalışmamızda üreme sağlığı konusunda uzmanlık öğrencilerinin bilgilerinin yanı sıra, bireysel ve mesleki anlamda tutum ve davranışlarının araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF)'nde 26 uzmanlık alanında eğitim alan uzmanlık öğrencileri ile yapılmıştır. Örnek büyüklüğü % 50 prevalans, % 10 hata ve % 95 GA ile 165 olarak hesaplanmıştır (Epi-İnfo 2002). O gün görevde bulunan 288 hekime ulaşılması hedeflenmiş, üreme sağlığı ile ilgili 170 (% 59,03) asistan çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Geriye kalan hekimler ameliyatta olmaları, işlerinin yoğun olması gibi nedenler ileri sürmüşlerdir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerin içerisinde 32 (% 11,1) hekim anket kağıdını aldıktan sonra anket sorularına yanıt verirken isim belirtmemeleri istendiği halde soruların özel yaşamla ilgili olduğunu düşünerek katılmaktan vazgeçmişlerdir. Sonuçlar değerlendirilirken 138 uzmanlık öğrencisinin uzmanlık alanları kendi içerisinde 7 bölümde kategorize edilerek üroloji, psikiyatri, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri bu konu ile ilgili ana branşlar olduğu için her biri bir kategori olarak sayılmış, diğer branşlar dahili, cerrahi ve temel bilimler olarak kategorize edilmiştir. Aile Hekimliği asistanı sayısı yetersiz olduğu için çalışma kapsamına alınmamıştır. Öte yandan hekimlerin üreme sağlığı ile ilgili bilgileri her soru için 1 puan verilerek; genel bilgiler, doğum, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), verilen hizmet ve kontrasepsiyon konularında 5 alanda kategorize edilip, her bir kategori için ortalama değer bulunarak hekimlerin tutumları ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar SPSS 11.0 programında değerlendirilerek, istatistiksel analizlerde Pearson ki-kare testi, Fisher'in kesin testi ve korelasyon testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Katılımcıların % 44.9 erkek, % 55.1 kadın olup yaş ortalamaları 27.2 (min. 23-max. 36) idi. Bekarların oranı % 55.0, evlilerin % 42.8, boşanmışların ise % 2.2 olup cinsel deneyimi olanların oranı % 77.1 idi. Meslekteki süreleri ortalama 3.62 (min. 1-max. 13) yıl ile asistanlıktaki süreleri ortalama 3.51 (min. 1-max. 5) yıl idi. Bilinen ve kullanılan korunma yöntemleri tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcılardan gebelik öyküsü olanların gebeliğe ilişkin davranışları ile ilgili bilgiler ise tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo - 1:** Bilinen ve kullanılan korunma yöntemleri

	Bilinen (n: 138)		Kullanılan (n: 99)	
	Sayı	%	Sayı	%
Hap	134	97.1	51	37.0
Spermisid	115	83.3	2	1.4
Deri altı implant	114	82.6	1	0.7
Takvim	115	83.3	15	10.9
Geri çekme	114	82.6	20	14.5
Kondom	130	94.2	77	55.8
RIA	124	89.9	5	3.6
Aylık iğne	112	81.2	4	2.9

**Tablo - 2:** Gebelik davranışı

	Evet yanıtı verenler (n: 13)	
	Sayı	%
Gebelikte sigara kullanmamış	12	92.3
Gebelikte aşırı kilo almamış	9	69.2
Gebelikte düzenli kontrol yaptırmış	13	100.0
Gebelikte tetanoz aşısı yaptırmış	7	53.8

% 2.9'u yılda bir kez smear aldırın, % 33.3'ü kendi kendine meme muayenesi yapan katılımcılar; akıntı yakınmaları olduğunda çoğunlukla önce kendim tedavi etmeye çalışırım şeklinde yanıt verirken (% 46.4), eşlerinde akıntı yakınması olduğunda çoğunlukla hemen doktora başvurmasını sağlarını yanıtını vermişlerdir (% 83.3). Üreme sağlığı konusunda kendisi danışmanlık aldığını belirtenlerin oranı % 22.5 olup, % 55.8'i hastalarına danışmanlık vermemektedir. Danışmanlık yapan 31 hekimin hangi konularda danışmanlık yaptıkları tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo - 3:** Verilen danışmanlığın konuya göre dağılımı

	Evet yanıtı verenler (n: 138)	
	Sayı	%
Kontrasepsiyon	46	33.3
Doğum	11	8.0
Gebelik	15	10.9
Meme muayenesi	12	8.7
CYBH	21	15.2
Diğer	4	2.9

Kontrasepsiyon konusunda en çok kadın doğum asistanları danışmanlık yapmaktaydılar ( $p<0.05$ ). Diğer danışmanlık konularında uzmanlık dalları arasında fark yoktu. Hasta ile her karşılaşmayı hasta eğitimi için bir fırsat olarak değerlendirenlerin oranı ile uzmanlık eğitimleri sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edinebilirlerse bu bilgilerinden uzmanlık sürecinde yararlanacaklarını belirtenlerin oranı aynı olup % 78.3 idi. Bu iki konuda uzmanlık alanları arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0.05$ ). Tıp eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi edindiğini belirtenlerin oranı % 85.5 iken, uzmanlık eğitimi sırasında bilgi alanların oranı % 12.3'e düşmekte idi ve bu iki konuda uzmanlık dalları arasında anlamlı fark vardı. Pediatri ve psikiyatri asistanlarının tümü uzmanlık eğitimi süresince bilgilenmediklerini belirtiyorlardı ( $p<0.05$ ). Sadece Kadın hastalıkları ve doğum asistanlarının yarısı, bilgilenmediklerini belirtmekteydiler. Tıp eğitimi sırasında bilgilenme konusunda uzmanlık dalları arasında anlamlı fark vardı. Pedyatri asistanlarının % 60'ı mezuniyet öncesi eğitim almadıklarını belirtirken diğer tüm bölümler eğitim aldıklarını ifade etmekteydi. Katılımcıların % 62.3'ü üreme sağlığı hizmetlerinden öncelikle AH/GP'lerinin sorumlu olduğunu düşünürken, % 61.6'sı kadın doğum uzmanlarının, % 50.7'si üroloji uzmanlarının sorumlu olduğunu düşünüyordu. Kadın doğum asistanlarının % 61.6'sı, üroloji asistanlarının % 50.7'si kendilerini sorumlu bulmakta idi. Hekimlerin üreme sağlığına ilişkin bilgileri ve ortalama bilgi puanları tablo 4'te gösterilirken, üreme sağlığı ile ilgili uygun tutumun ne olduğu konusundaki düşünceleri tablo 5'de gösterilmiştir.

**Tablo - 4:** Üreme sağlığına ilişkin bilgi

	Doğru yanıt verenler (n:138)	
	%	Ortalama puan $\pm$
<b>Genel bilgiler</b>		
Aşırı nüfus artışı perinatal ölümlerde artmaya neden olur.	75.4	4.41 $\pm$ 0.78
Üreme sağlığı sorunları nedeniyle insan ömrü azalmaktadır.	72.5	
Mamografi ile 50 yaş üzerindeki kadınlarda meme kanserlerinden ölüm belirgin ölçüde azalmaktadır.	94.9	
Doğumun travmatik ve hijyenik olması her anne ve bebeğin hakkıdır.	100.0	
İnfertiliteden kadınlar kadar erkekler de sorumludur.	98.6	
<b>Doğum</b>		
Sağlıklı doğumlar olabilmesi için iki doğum arasında en az iki-üç yıl olmalıdır.	97.1	4.26 $\pm$ 0.86
Gebelikte fazla kilo artışı önemli bir risk faktörüdür.	86.2	
Gebelikte sigara kullanımının fötüse etkisi gösterilmemiştir.	96.4	
İlk gebeliklerde biri ilk üç ay içerisinde olmak üzere 6-7 kez sağlık kontrolü gereklidir.	85.5	
Annenin tükenme sendromu düşük doğum ağırlıklı bebek olmasına neden olur.	60.9	
<b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</b>		
Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve AIDS ile mücadele üreme sağlığı hizmetleri kapsamında değildir.	89.1	4.60 $\pm$ 0.68
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS açısından güvenli cinsel davranış biçimi cinsel ilişkiden kaçınmaktır.	85.5	
AIDS eşcinsellerin hastalığıdır.	92.8	
Tedavi edilmeyen genital yol enfeksiyonları infertiliteye neden olabilir.	94.9	
Danışmanlık hizmeti verilirken bu kişilerin genital yol enfeksiyonu açısından değerlendirilmesi önem taşır.	93.5	
<b>Üreme sağlığı danışmanlık hizmeti</b>		
Doğum ile ilgili sağlık sorunları hakkında en duyarlı bilgi veren ölçüt yenidoğan ölüm hızıdır.	65.2	3.40 $\pm$ 1.00
Kaliteli bir aile planlaması hizmetinin sağlanmasında ilk adım bilgilendirme dir.	99.3	
Üreme sağlığı ve hastalıkları konusunda ilk başvurabilecek sağlık kurumu hastanelerdir.	81.2	
Danışman, herhangi bir konuda başvuran kişi için en uygun yöntem seçimi yapan kişidir.	58.7	
Kullanılmış aletlerin %5lik HCL ile dekontaminasyonu Hepatit B ve HIV dahil birçok mikroorganizmayı öldürür.	36.2	
<b>Kontrasepsiyon</b>		
Kombine oral kontraseptif kullananlarda pelvik inflamatuvar hastalığa daha çok rastlanır.	69.6	3.71 $\pm$ 1.11
Rahim içi araç (RİA) lar tanı konmamış vajinal kanaması olanlarda kullanılabilir.	95.7	
Emziren bir kadında doğumdan hemen sonra minihaplar kullanılabilir.	42.0	
Kondom kullanımı servikal intraepitelial neoplazmların gelişmesine neden olabilir.	76.8	
Hormonal yöntemler; belirli durumların varlığında oluşacak sağlık riskleri ve yararlarına göre kategorize edilerek uygunluğu belirlenir.	87.0	
<b>Toplam bilgi</b>		<b>20.34 <math>\pm</math> 2.61</b>

**Tablo - 5:** Üreme sağlığına ilişkin tutum

	Doğru yanıt verenler (n:138)	
	Sayı	%
Cinsel aktif her kadın en az yılda bir smear yaptırmalıdır	133	96.3
Gebelik boyunca sigara içilmemelidir.	135	97.8
Prezervatif CYBH açısından güvenli olmayan her ilişkide kullanılmalıdır.	134	97.1
Gebelikte uygun kilo artışının sağlanması için çaba göstermek gerekir.	122	88.4
Kontrasepsiyon çiftlerin ortak sorumluluğu olmalıdır.	137	99.2
İstenmeyen gebeliğin sonlandırılması uygun koşullarda sağlanmalıdır.	135	97.8
Meme kontrolü üreme sağlığının bir parçası olarak ele alınmalıdır.	137	99.2
Hekim hastanın yerine kontrasepsiyon konusunda karar verebilmelidir.	94	68.1
Tüm hekimler her fırsatı üreme sağlığı eğitimi için bir fırsat olarak değerlendirmelidir.	108	78.2

Asistanlık süresi ve mesleki sürelerine göre toplam bilgi puanları birinci yılda yüksek iken ikinci yılda düşüş göstermekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların evli, bekar ya da boşanmış olması bilgi puanları açısından bir fark yaratmamıştır ( $p=0.942$ ). Evli olan ve olmayan katılımcılar arasında davranış yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. “İstemediğiniz halde gebe kaldınız mı?” sorusunu yanıtlayan 98 katılımcıdan hayır cevabı verenlerin ( $n=91$ ) % 58.2’si evli , % 41.8’i evli değildi (Fisher’in kesin testi,  $p=0.238$  ). “İstenmeyen gebelik nedeni ile gebe kaldınız mı?” sorusunu yanıtlayan 98 katılımcıdan hayır cevabı verenlerin ( $n=90$ ) % 57.8’i evli , % 42.2’si evli değildi (Fisher’in kesin Testi,  $p=0.140$  ).

Genel bilgi puanı yükseldikçe gebelikte sigara içilmemesi gerektiğini ( $p=0.000$ ), gebelikte uygun kilo artışının sağlanması gerektiğini ( $p=0.012$ ), istenmeyen gebeliğin uygun koşullarda sonlandırılması gerektiğini ( $p=0.045$ ) daha sıklıkla düşünmektedirler. Yine benzer olarak doğumla ilgili bilgi puanı yükseldikçe gebelikte uygun kilo artışının sağlanması gerektiğini daha sıklıkla düşünmektedirler ( $p=0.015$ ).

Hizmetle ilgili bilgi puanı ve toplam bilgi puanı yükseldikçe güvenli olmayan cinsel ilişkilerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kondom kullanılması gerektiğini düşünenlerin sayısı artmaktadır ( $p<0.05$ ).

Kadınların genel bilgi puanları ( $p=0.058$ ), doğumla ilgili bilgi puanları ( $p=0.013$ ), cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanı ( $p=0.718$ ), hizmet bilgi puanı ( $p=0.691$ ) ve kontrasepsiyon bilgi puanı ( $p=0.304$ ) erkeklere göre daha yüksekti. Toplam bilgi puanı da erkeklere göre yüksekti ( $p<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda asistanların en çok bildikleri ve kullandıkları iki yöntem sıra ile oral kontraseptifler ve kondom olmuştur. Hastanelerde hekimler arasında yapılan çeşitli çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (9,10). Halkın bilgisi ve kullanımının da aynı durumda olduğu gözlenmektedir (11). Bu durum tıp ve asistanlık eğitiminin kontraseptiflerin bilinmesi konusunda katkısı hakkında kuşku uyandırıcıdır. Öte yandan diğer etkin yöntemlerin de bilinme oranı halka göre yüksek olmakla birlikte beklentinin altındadır. Etkin yöntemler içerisinde hekimlerin bilmedikleri yöntemlerin bulunması ilginçtir. Örneğin hekimlerin % 10’u RİA yı bilmediğini belirtirken % 17 civarında spermidleri bilmediğini söylemektedir. Oldukça eski olan bu etkin

yöntemler yanı sıra ülkemizde daha yeni olan aylık iğne ve deri altı implantlar da da durum değişmemekte, bilme oranı % 80 lerde kalmaktadır. Etkin olmayan yöntemleri de bilme oranı halka yakın iken, kullanma oranı halktan düşük olmakla birlikte yine de azımsanmayacak ölçüdedir (11). Örneğin takvim ve geri çekme yöntemini kullananların oranı RIA kullananlardan daha yüksektir. Hekimlerin en sık danışmanlık verdiği konunun kontrasepsiyon olduğu hatırlanırsa durum daha da karmaşık hale gelmektedir. Özellikle yaş ortalamasının 27 ve çocuk sayısının 1 ya da hiç olduğu, genç bir topluluk ile karşı karşıya olmamız bu paradoksun nedenlerini araştırmaya değer hale getirmektedir.

Bilginin davranışa dönüştürülmesindeki sorunlar bu kadar değildir. Katılımcıların çoğunluğunun kendileri veya eşleri gebelik sırasında sağlıklı davranışlar gösterirken smear, meme muayenesi gibi erken tanıya yönelik önlemlere pek dikkat etmemeleri dikkat çekicidir. Örneğin hekimlerin % 96'sı kadınların her yıl smear aldırması gerektiğini belirtirken kendileri ya da eşleri her yıl smear aldırmanın oranı % 2.9'dur.

Hekimlerin üreme sağlığına ilişkin bilgileri gebelik ve doğum ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar konularında fazla iken kontraseptif yöntemler ve verilen hizmetler açısından farklı bulunmuştur. Doğum yapanların bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur ancak anlamlı fark yoktur. Doğum yapanların sağlık kontrolünden geçmesi bir etken olabilir. Verilen hizmetler açısından daha az bilgiye sahip olmaları ise asistanlık ve öncesinde birinci basamakta çalışmamış olmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda asistanların % 55.8'i hastalarına danışmanlık vermemektedirler. Bu durum uzmanlık eğitimi alan asistanların üreme sağlığı konusunda etkin olmadıklarını düşündürmektedir. Bu durumda üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri tüm yaşam döngüsünde, süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınması gerektiği görüşü asistanlık döneminde hizmetin kesintiye uğraması nedeni ile gerçekleşmemektedir (8, 12). Kontrasepsiyon konusunda en çok kadın doğum asistanları (% 80.0) danışmanlık yaptıklarını belirtiyorlardı. Üreme sağlığı ile ilgili sorunların bir nedeni de hekimlerin bilimsel rant nedeni ile bu ortak alanı diğer branşlar ile paylaşma konusunda kaygıları ve isteksizlikleri olabilir. Bu nedenle katılımcılar tarafından üreme sağlığı hizmetlerinden sorumlu olan hekim grubunun ağırlıklı olarak AH/GP'ler olarak kabul edilmesi önemli bir gelişme olarak nitelenebilir. Nitekim bazı çalışmalarda bu alan yalnızca kadın doğum uzmanları ya da üroloji uzmanlarının alanı olarak gösterilmektedir (13,14).

Hekimlerin sağlık ile ilgili tutum ve davranışlarının bilgi düzeyi ile olumlu yönde değişmesi asistanlık sırasında verilecek eğitimin önemini ortaya koymaktadır (8). Uzmanlık eğitimi sırasında kazanılan bilgi ve tutumlar hizmet sunumunda olumlu bir yapılanmayı beraberinde getirecektir. Sorumluluklarının bilincinde olan uzmanlık öğrencilerinin bu alanda yetkinleştirilmesi için uzmanlık eğitim müfredatında gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Bu değişiklikler bilgiden çok uygulama fırsatı verilmesi ile mümkündür. Örneğin kurslar, asistanlık sırasında mutlaka aile planlamasında çalışmalarını ve hastalarına bu yönden bakmaları için yönlendirme ve bunların kredilendirilmesi ile gelişme sağlanabilir. Ülkemizde üreme sağlığı hizmetinin daha iyi sunulabilmesinin en önemli koşullarından biri de bu hizmeti sahiplenen ve önemini bilen hekimlerin yetiştirilmesidir. Uzmanlık öğrencilerinin eğer eğitimleri içinde yer alırsa üreme sağlığı danışmanlığı hekimlik hizmeti verdikleri süreçte kullanabilecekleri düşüncesinde oldukları anlaşılmaktadır. Uzmanlık öğrencilerinin üreme sağlığı konusunda hasta hekim ilişkisi sürecinde,

her fırsatı değerlendirmeleri koruyucu hekimlik ve sağlığın geliştirilmesi açısından olumlu gelişmeler sağlayacaktır.

Uzmanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı eğitimi gereğince ve uygun yöntemler kullanılarak yapılmamaktadır. Bu durum üreme sağlığı hizmetlerini kesintiye uğrattığı gibi hekimlerin kendi yaşamlarındaki tutum ve davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir.

#### **Kaynaklar**

- 1) Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s.: 15-19.
- 2) Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu. 1998, 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Metin B, Akın A, Güngör İ (Çev. Ed.), Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1998, s.: 115.
- 3) Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire, 5-13 Eylül 1994, Ankara, 1994, s.: 1, 8-12.
- 4) World Health Organization, Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health. Family and Reproductive Health European Regional Office, 1999, pp: 12.
- 5) Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997.
- 6) Akın A. Üreme sağlığı uluslararası kararlar ve Türkiye uygulamaları, Toplum Hekimliği Bülteni, Temmuz 2002, sayı 3.
- 7) Akın A. Dünya Nüfusu ve Kalkınma Konferansı Özet Raporu. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını Ankara, 1994.
- 8) Yolsal N, Karabey S, Bulut A. Asistanların hizmet içi eğitimi ile üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırma, Tıp Eğitimi Dünyası, 2004;14:15-27.
- 9) Visser A, Uzel R, Ketting E, Bruyniks N, Oddens B. Practice, attitudes and knowledge of Czech and Slovak gynaecologists concerning contraception, Plan Parent Eur. 1994 Mar;23(1):19-23.
- 10) Di Renzo GC, Rossi FA, Sassone AM, Polito PM. Knowledge and use of contraceptive methods by university physicians and medical students, Ann Ostet Ginecol Med Perinat. 1979 Jul-Aug;100(4):213-32.
- 11) Güldal D, Şemin S, Induced abortion: a method for birth control?, Advances in contraception, 1999;15:49-59.
- 12) Conway T, Hu TC, Mason E, Mueller C. Are primary care residents adequately prepared to care for women of reproductive age?, Fam Plann Perspect. 1995 Mar-Apr;27(2):66-70.
- 13) Visser AP, Uzel R, Ketting E, Bruyniks N, Oddens BJ. Attitudes of Czech and Slovak gynecologists toward family planning, Adv Contracept. 1993 Dec;9(4):351-62.
- 14) Hulbert RC, Settlege RH. Birth control and the private physician: The view from Los Angeles., Fam Plann Perspect. 1974 Winter;6(1):50-5.