KONUŞ S. DOKTORA TEZİ HALK SAĞLIĞI 2024

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

AİLE HEKİMLERİNİN UYGULAMADAKİ TARAMA VE TAKİP PROGRAMLARI HAKKINDAKİ ÖZ DEĞERLENDİRMESİ VE GÖRÜŞLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ

(Doktora Tezi)

Dr. Süleyman KONUŞ

EDİRNE-2024

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

AİLE HEKİMLERİNİN UYGULAMADAKİ TARAMA VE TAKİP PROGRAMLARI HAKKINDAKİ ÖZ DEĞERLENDİRMESİ VE GÖRÜŞLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ

(Doktora Tezi)

Dr. Süleyman KONUŞ

EDİRNE-2024

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY ..... **vi**

ETİK BEYAN ..... **vii**

İTHAF ..... **viii**

TEŞEKKÜR ..... **ix**

SİMGE VE KISALTMALAR ..... **x**

ÖZET ..... **xi**

ABSTRACT ..... **xiii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Sağlık Hizmetleri **3**

2.1.1. Sağlığı Geliştirici Hizmetler 4

2.1.2. Koruyucu Hizmetler 4

2.1.3. Tedavi Hizmetleri 5

2.1.4. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Hizmetleri 5

2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Taramaları **6**

2.2.1 Temel (Primordial) Koruma 6

2.2.2. Birincil (Primer) Koruma 6

2.2.3. İkincil (Sekonder) Koruma 7

2.2.4. Üçüncül (Tersiyer) Koruma 7

2.2.5. Dördüncül Koruma 7

2.2.6. Sağlık Taramaları 8

2.3. Aile Hekimliği, Aile Hekimi ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri **9**

2.3.1. Aile Hekimliği ve Aile Hekimi 9

2.3.2. Aile Hekiminin Görevleri 10

2.3.3. Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri 11

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 16

3.1. Araştırmanın Bölgesi 16

3.2. Araştırma Popülasyonu ve Evren 18

3.3. Araştırmanın Tipi 19

3.4. Araştırma Sorusu ve Hipotezler 20

3.5. Araştırmanın Uygulanması 20

3.6. Etik Değerlendirme ve İzinler 21

3.7. Araştırmanın Finansmanı 21

3.8. Veri Toplama Aracı 21

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve İstatistiksel Değerlendirmesi 22

4. BULGULAR 24

4.1. Niceliksel Bulgular 24

4.1.1. Tanımlayıcı Bulgular 24

4.1.2. PSM ve HYP ile İlgili Görüşler ve Uygulama Düzeyi 31

4.2. Niteliksel Bulgular 53

4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile İlgili Görüşler 56

4.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar 72

4.2.3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlarla İlgili Çözüm Önerileri 99

5. TARTIŞMA 132

5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıklar 140

5.2. Öneriler 141

KAYNAKLAR 145

EKLER ..... **I**

Ek-1 Nicel Aşama Soru Formu ..... **II**

Ek-2 Nitel Aşama Görüşme Formu ..... **X**

Ek-3 Etik Kurul Onayı ..... **XII**

Ek-4 Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü İzni ..... **XIII**

Ek-5 Kod Defteri ..... **XIV**

Ek-6 Katılımcılara Göre Metin Portreleri ..... **XXXII**

Ek-7 Araştırma Zaman Çizelgesi ..... **XXXVII**

Ek-8 Yönetici Özeti ..... **XXXVIII**

ÖZGEÇMİŞ ..... **XL**

BENZERLİK RAPORU ..... **XLI**

KABUL VE ONAY

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Galip EKUKLU danışmanlığında doktora öğrencisi Dr. Süleyman KONUŞ tarafından tez başlığı "Aile Hekimlerinin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 26/01/2024 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Doktora Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Necdet SÜT
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Aile Hekimlerinin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İTHAF

Sevgili eşim Uzm. Dr. Yeşim KONUŞ'a ve Şükrü Abi'ye ithafen...

SİMGE VE KISALTMALAR

AHB	:	Aile Hekimliği Birimi
AHBS	:	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
HBYS	:	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HYP	:	Hastalık Yönetim Platformu
İSM	:	İlçe Sağlık Müdürlüğü
OECD	:	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
PSM	:	Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi
RPT	:	Reçete-Protokol Tekrarı (Katılımcı görüşmesinden)
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi
WONCA	:	World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Akademileri Birliği)
WONCA Europe	:	Avrupa Aile Hekimleri Birliği
Bakanlık	:	Sağlık Bakanlığı
Müdürlük	:	İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Aile Hekimlerinin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Edirne, 2024.

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen koruyucu sağlık hizmetlerini uygulama düzeylerinin belirlenmesi; aile hekimlerinin bu hizmetler hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmamızda iki aşamalı karma yöntem kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşaması kantitatif, 2. aşaması kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın 1. aşamasının evrenini Çanakkale'de çalışan 170 aile hekimi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeden, evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır; araştırma verileri soru formu yoluyla toplanmıştır. 2. aşama için 5 katılımcı ile görüşme yapılmıştır; yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşme yapılmıştır. Katılımcıların HYP (Hastalık Yönetim Platformu) ve PSM'de (Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi) belirtilen işlemleri uygulama düzeyi 0-100 arası bir değer alacak şekilde puanlanmıştır.

Bulgular: Araştırmamızın 1. aşamasına 142 (katılım orantısı %83,5) aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların %58,5'i erkek, %80,3'ü pratisyen aile hekimidir; yaş ortalaması 45,2'dir. Katılımcıların, HYP ve PSM'nin uygulanabilir olduğunu düşünme orantısı sırasıyla %15,5 ve %42,3'tür. PSM uygulama puanı 62,8, HYP uygulama puanı 26,5 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Günlük ortalama muayene sayısı ile HYP uygulama puanı arasında pozitif yönlü, zayıf şiddette korelasyon tespit edilmiştir; diğer sosyodemografik özellikler ve çalışma özellikleri ile HYP ve PSM uygulama puanı arasında ilişki tespit edilememiştir. Çalışmamızın 2. aşamasında yapılan görüşmelerde; koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşler, koruyu sağlık hizmetlerinde

yaşanan sorunlar ve koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri olmak üzere 3 tema belirlenmiştir.

Sonuç: Katılımcılarımız, birinci basamakta önerilen koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliğinin düşük olduğunu düşünmekte ve düşük düzeyde uygulamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin, birinci basamağın en önemli görevi olduğu düşünülmektedir. Bu hizmetlerde yaşanan sorunlar arasında aile hekimlerinin iş yükünün fazla olması, bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğunun düşük olması ve aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun fazla olması yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: HYP, PSM, Aile Hekimliği, Tarama, Koruyu Sağlık Hizmeti

ABSTRACT

Self-Assessment and Opinions of Family Physicians on Screening and Follow-up Programs in Practice: A Case Study of Çanakkale, Trakya University, Institute of Health Science, Public Health Department, Doctorate Thesis, Edirne, 2024.

Background and Aim: The present study aimed to determine the implementation levels of preventive health services as defined by the Ministry of Health among family physicians working in Çanakkale. Additionally, the study aims to evaluate the opinions of family physicians regarding these services and assess the problems they encounter in the process.

Material and Methods: A two-stage mixed-methods approach, the first of which is quantitative, and either is qualitative, was employed in the research. Although the entire population was aimed at, a total of 170 primary care physicians in Çanakkale were included in the first part of the study, and data were collected with the questionnaire. Then, in the second part of the study, a semi-structured form was used in individual interviews for in-depth discussions with five participants. The HYP (Hastalık Yönetim Platformu) and PSM (Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi) were used, and the application level of participants was scored between 0- 100.

Results: 142 family physicians were included in the first stage of the study (rate of participants 83.5%). 58.5% of participants were male, 80.3% of all were practicing family physicians and the age average was 45.2. The participants' rates of perceiving HYP and PSM as applicable are 15.5% and 42.3%, respectively. The PSM application score is 62.8, and the HYP application score is 26.5, with a statistically significant difference. A positively correlated, weak relationship was found between the daily average number of examinations and the HYP application score. There were no significant relationships between other sociodemographic characteristics, work features, and HYP and PSM application scores. In the second part of the study, three main schemes exist about preventive health services in the interview as arguments, issues, and solution suggestions.

Conclusion: Based on the research, participants perceive and implement the applicability of recommended preventive health services in primary care as insufficient. Excessive workloads of primary care physicians, inadequate responsibility of patients, and the immoderate population of the units are some reasons for a lack of health care services.

Keywords: HYP, PSM, Family Medicine, Screening, Preventive Health Service

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalananların tedavilerini yapmak ve tam olarak iyileşmeyenlerin veya sakat kalanların rehabilitasyonunu yapmaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşaması önemli olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin sağlık sorunlarının henüz meydana gelmediği döneme ya da hastalığın erken dönemlerine odaklandığından ayrı bir öneme sahiptir. Bu bağlamda hastalıkların risk faktörleriyle mücadele edilen birincil koruma ve hastalıklara erken tanı koymayı amaçlayan ikincil koruma çalışmaları, hastalıklarla daha etkin ve daha ekonomik bir mücadele olanağı sağlamaktadır (1-3).

Ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine ulaşılması amaçlarıyla 2004 yılında pilot uygulama olarak ve daha sonra kademeli olarak yaygınlaştırılarak 2010 yılında ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (2). Sağlık Bakanlığı'nın tanımına göre *"Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir"* şeklinde tanımlanmıştır (1). Tanımdan da anlaşılacağı üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde aile hekimlerine önemli yükümlülükler verilmiştir.

Birinci basamakta yapılması önerilen koruyucu sağlık hizmetleri ilgili çeşitli rehberler bulunmaktadır (3, 4). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan aile hekimliği uygulamasında önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi de bunlardan biridir (5). Bununla birlikte 01.01.2021 tarihinde vatandaşlarımızın kronik hastalıklarının izlenmesi amacıyla aile hekimlerinin kullanımına sunulan Hastalık Yönetim Platformu, 01.07.2021 tarihinde yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği ile "yeni bir döneme" geçmiştir (6).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinde meydana gelen tüm bu değişikliklerle beraber, literatürde aile hekimlerinin bahse konu koruyucu sağlık hizmetlerini uygulama düzeyi ve özellikle bu hizmetlerle ilgili görüşlerinin ve önerilerinin incelendiği çalışmaların eksikliği gözlenmektedir. Aile hekimlerinin, toplumun her kesiminden bireylerin ilk

başvuru noktası ve birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulayıcısı olmasının yanında, bu uygulamalarda yaşanan/yaşanabilecek aksaklıkların da ilk ve en sık muhatabı oldukları göz önüne alındığında, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüş ve önerilerinin alınması sağlık sisteminin daha etkin ve verimli çalışabilmesinde anahtar role sahiptir.

Bu çalışmanın kısa vadeli amacı, Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen ***aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri*** *ile* ***hastalık yönetim platformunda*** *belirlenen iş ve işlemleri* uygulama düzeylerinin belirlenmesi; aile hekimlerinin bu hizmetler hakkındaki görüşlerinin, yaşadıkları sorunların ve çözüm önerilerinin değerlendirilmesidir.

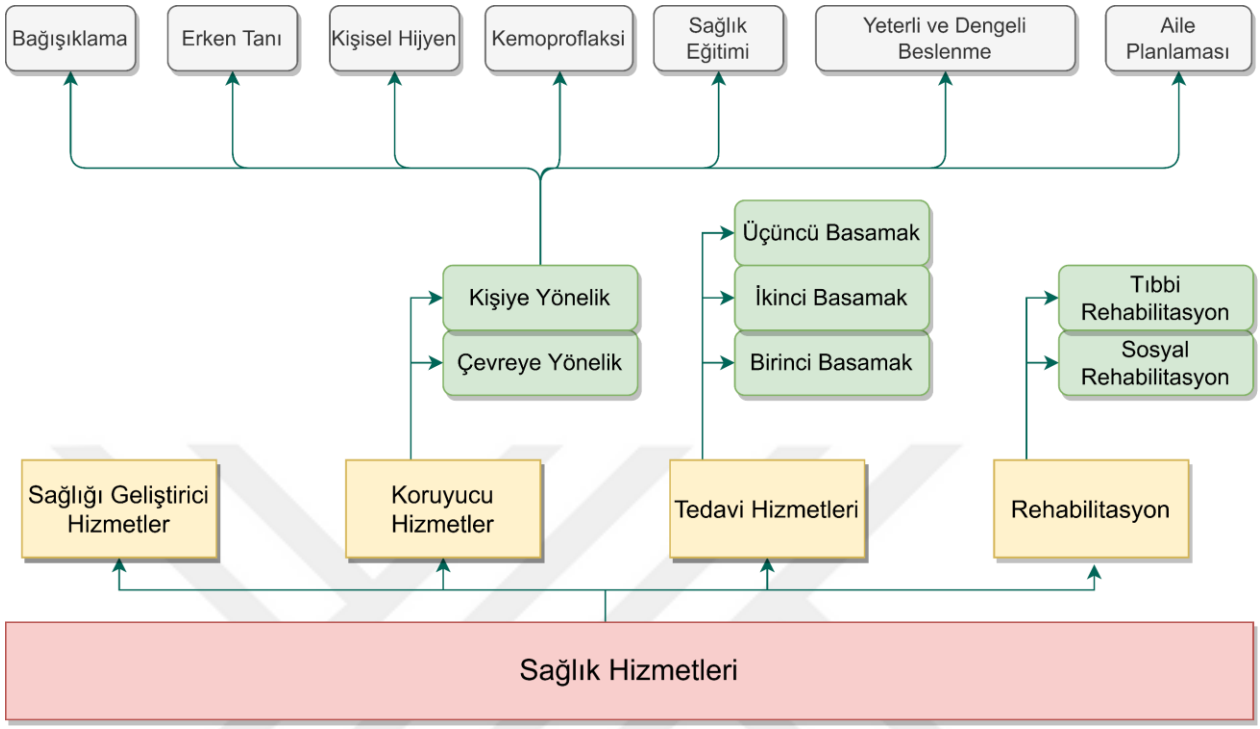
Çalışmanın uzun vadeli amacı ise aile hekimliği sistemindeki olası aksaklıklar ve sorunları belirleme çalışmalarına katkı sağlamak; aile hekimlerinin söz konusu sorunların giderilmesine yönelik önerilerini alarak sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde işlemesine katkı sağlamak; birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların giderilmesi yoluyla toplumun sağlık ve refah seviyesinin yükseltilmesi ile sağlık hizmetlerinin ekonomik maliyetinin azaltılması çalışmalarına katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

İnsanoğlunun varoluşundan beri sağlık sorunları, sağlıklı olma çabası ve sağlık hizmeti de çeşitli şekillerde var olmuştur. Büyücülerden Hipokrat'a; ibadethanelerden hastahanelere bu sorunlar, çabalar ve hizmetler var olmuş, gelişmiş ve evrilmiştir (7-10). Önceleri ulaşılması güç bir öge olan sağlık ve sağlık hizmeti zamanla bir hak haline gelmiştir. Nitekim İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 25. maddesine göre "*Her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe*" hakkı vardır (11). Anayasamızın 56. maddesinde ise sağlık hakkı "*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*" şeklinde tanımlanmıştır (12).

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre sağlık hizmeti "*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler*" olarak tanımlanmıştır (9). Bu tanıma göre sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olarak 4 boyutu bulunmaktadır (Şekil 1)(11).



Şekil 1 Sağlık hizmetlerinin kapsamı ve sınıflandırılması (1, 11, 12)

2.1.1. Sağlığı Geliştirici Hizmetler

Sağlığın geliştirilmesi "*Kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç*" olarak tanımlanmaktadır. Bu konuda üç yaklaşım vardır: Kişilerin ve toplumun sağlık bilincini, öz sorumluluğunu ve sağlıkları üzerine kontrolünü artırmayı hedefleyen **tıbbi yaklaşım**; riskli davranışların (sigara kullanımı, sedanter yaşam vb.) bireysel düzeyde engellemesi yerine bu davranışlardan sakınmayı toplumsal düzeyde benimseyip bir yaşam tarzı haline getirilmesini hedefleyen **davranışsal yaklaşım**; Ottowa Bildirgesi'nde belirtilen barış, barınma, eğitim, hakkaniyet, gelir, gıda gibi koşulların sağlığın bir önkoşulu olduğunu belirten **sosyal çevre yaklaşımı** (1, 2, 12-15).

2.1.2. Koruyucu Hizmetler

Bu konu sonraki bölümde detaylı olarak tartışılmıştır.

2.1.3. Tedavi Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından biri bireylerin iyilik halinin devamını sağlamak olsa da bunu sağlamak her zaman mümkün değildir ve toplumun bazı kesimleri çeşitli hastalıklara yakalanırlar. İşte bu durumda hasta olanların yeniden sağlıklı olmaları **tedavi hizmetleri** ile sağlanır. Bu hizmetlerin etkili ve verimli olabilmesi için basamaklı/kademeli hizmet modelinin olması ve basamaklar arasında sevk zincirinin bulunması elzemdir.

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Bireylerin evde ya da ayakta (hastanede yatmadan) tedavilerinin planlandığı hizmetlerdir. Aile sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, kurum/işyeri tabiplikleri birinci basamak tedavi hizmeti verilen yerlere örnektir. Bu merkezlerde tedavisi yapılamayan hastaların tedavileri ikinci basamakta planlanır.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Bireylerin genel bir hastaneye yatırılarak tedavi edildiği hizmet basamağıdır. Söz konusu hastaneler farklı yatak kapasitesi, hekim sayısı ve imkanlarla hizmet veriyor olabilir. Bu hastanelerde tedavisi yapılamayan hastaların tedavileri üçüncü basamakta planlanır.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da hastalığa yönelik işlemlerin yapıldığı hizmetlerdir. Üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin verildiği yerlerdendir. Bu basamaktaki hastaneler koşul ve standartlarına göre 3A Grubu (İleri Düzey Hastaneler) ve 3B Grubu (Üçüncü Basamak Kamu, Özel ve Eğitim Hastaneleri) olarak 2 gruba ayrılmaktadır (1, 2, 16, 17).

2.1.4. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Hizmetleri

Tedavi hizmetleri ile tam olarak iyileşmeyen ya da sakat kalan kişilerin engellilik halinin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, başkalarına bağımlılığının azaltılması ve işe ve sosyal yaşama uyumunun artırılması amacıyla yürütülen hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetlerinin

bedensel sakatlıkları azaltmayı amaçlayan **tıbbi rehabilitasyon** ve işe ve sosyal yaşama uyumu artırmayı amaçlayan **sosyal rehabilitasyon** olmak üzere iki alt türü bulunmaktadır (1, 2, 16).

2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Taramaları

Koruyucu sağlık hizmetleri "Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmeti" olarak tanımlanır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin en temel amacı bireylerin hasta olmalarını engellemektir. Nitekim halk sağlığı görüşüne göre "**Koruma tedaviden üstündür**" ilkesi koruyucu hizmetlerin önemini vurgulamaktadır (2, 17, 18).

Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili çeşitli gruplamalar bulunsa da bu hizmetlerin başlıcaları şunlardır:

2.2.1 Temel (Primordial) Koruma

Temel koruma *"risk faktörlerinin kendisinin önlenmesi"* olarak tanımlanır. Temel korumanın amacı sağlık sorunlarının riskini artıran ekonomik, sosyal ve kültürel özelliklerin oluşmasını önlemektir. Etkili bir temel koruma için politik destek ve yasal düzenlemeler elzemdir. Sigaranın etkilerinin azaltılması için kapalı alanlarda ve toplu taşıma araçlarında sigara içiminin yasaklanması, fiziksel aktiviteyi artırmak için programlar yapılması, bağımlılıkla mücadele için programlar yapılması, kalp ve damar hastalıklarına yönelik ulusal farkındalık faaliyetleri yürütmek gibi çalışmalar temel korumaya örnek olarak verilebilir (12, 16, 18-22).

2.2.2. Birincil (Primer) Koruma

"*Hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığın görülmesini önlemek*" olarak tanımlanır. Birincil korumada amaç risk faktörleri mevcut iken bireyleri hastalık ya da sakatlıktan korumaktır. Aşılama, iş güvenliği, tütün kontrolü, içme sularının klorlanması, taşıtlarda emniyet kemeri kullanımı gibi faaliyetler birincil korumaya örnek

olarak verilebilir. Örneklerde de görüldüğü gibi bu faaliyetler kişiye yönelik olabileceği gibi çevreye yönelik de olabilir (1, 2, 12, 16, 18, 19, 21, 22).

2.2.3. İkincil (Sekonder) Koruma

"Hastalıkların belirtisiz dönemlerinde ya da belirtilerin hafif olduğu dönemlerde teşhis edilerek tedavi edilmeleri" olarak tanımlanır.

İkincil korumanın temel amaçlarından biri hastalıklara **erken tanı** koymaktır. Erken tanı sayesinde hastalıkların tedavi başarısı artar, morbidite ve mortalite azalır, tedavi maliyetleri azalır ve sağlık hizmetleri daha etkin ve verimli bir hale gelir. İkincil koruma yöntemi olarak çoğunlukla **tarama (sağlık taramaları)** kullanılır. Meme kanseri, serviks kanseri ve kolon kanseri taramaları, yenidoğan taramaları, bebeklik ve çocukluk dönemi taramaları, işyeri periyodik sağlık muayeneleri, kronik hastalık taramaları ve daha birçok tarama ikincil korumaya örnek olarak verilebilir (1, 2, 12, 16, 18, 19, 21-23).

2.2.4. Üçüncül (Tersiyer) Koruma

"Hastalık veya komplikasyonların stabilize edilmesinden sonra rehabilitasyonun, restorasyonun ve en yüksek fonksiyonun sürdürülmesinin desteklenmesi amacıyla konakçıya veya hastaya yönelik uygulamalar yanı sıra sosyal ve fiziksel ortamda yapılan aktiviteler" olarak tanımlanır. Bir kaza veya travma sonrası kaybedilen fonksiyonların iyileştirilmeye çalışılması, engelli bireyler için bina ve konutların düzenlenmesi, suça karışmış bireylerin topluma kazandırılması çalışmaları gibi uygulamalar üçüncül korumaya örnek olarak verilebilir (1, 2, 12, 16, 18, 19, 21).

2.2.5. Dördüncül Koruma

Dünya Aile Hekimleri Akademileri Birliği'ne (WONCA) göre dördüncül koruma *"Aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve*

onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylem" olarak tanımlanır. Daha sonraki yıllarda bu kavram için yeni bir tanım önerisi yapılmıştır ve dördüncül koruma için *"Bireyleri (kişileri/hastaları) yarardan çok zarara yol açabilecek tıbbi müdahalelerden korumak için alınan önlemler"* tanımı önerilmiştir. Bu tanımların arkasında yatan görüş tababetin temel ilkelerinden olan "**Önce zarar verme**" görüşüdür. Gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınma, gereksiz ilaçlardan kaçınma ya da ilaç etkileşimlerine dikkat etme gibi uygulamalar dördüncül korumaya örnek olarak verilebilir (24-28). Koruma basamaklarının hekim hasta karşılaşması ile olan ilişkisi Şekil 2'de sunulmuştur.

		HEKİM	
		Hastalık Yok	**Hastalık Var**
HASTA	**Hastalık Yok**	Birincil Koruma	İkincil Koruma
	Hastalık Var	Dördüncül Koruma	Üçüncül Koruma

Şekil 2 Hasta hekim karşılaşmasının dört alanı (27)

2.2.6. Sağlık Taramaları

Hastalıklarla mücadelede önemli stratejilerden biri de *sağlık taramasıdır*. Sağlık taraması hedef grupta periyodik muayeneler veya testlerle hasta olduğu bilinmeyen bireyleri belirlemek ve hastalık belirtilerinin olmadığı veya belirtilerin erken bir aşamasında saptanan hastaların erken tedavilerini yapabilmek amacıyla uygulanır. Sağlık taramalarında amaç "tanı" koymak değildir. Tarama sonucu pozitif (riskli/şüpheli) olan kişinin ilgili tanısının kesinleşmesi için tanıyı doğrulayacak işlemlerin (ileri tetkik/muayene) yapılması gerekir. Bir hastalığın tarama programına alınabilmesi için hastalığın halk sağlığı açısından önemli olması, erken tanı imkanının olması ve

tedavisinin mümkün olması gerekir. Bu bağlamda yürütülen tarama programları gerek ülkeler arasında gerekse de zaman içinde farklılık gösterir. Hastalık özelliği, amaç ve kaynaklara göre çeşitli türlerde tarama vardır: Toplum tabanlı taramalar, çok amaçlı/aşamalı taramalar, risk grup taramaları ve fırsatçı taramalar.

Tarama ile sağlanan yarar: "Bir toplumda tarama sonucunda önceden tanısı konmamış, bilinmeyen vakalarının bulunmasına ve bunların miktarına" denir.

$$\text{Taramanın Yararı} = \frac{\text{Önceden bilinmeyen, tarama ile saptanan vaka sayısı}}{\text{Toplumdaki toplam vaka sayısı}} \; X \; 100$$

Taramanın yararı %100'e yaklaştıkça tarama o kadar amacına ulaşmıştır. Bununla birlikte toplumun sağlıkla ilgili davranışı, daha önce tarama yapılma durumu, taramada kullanılan testin duyarlılığı, taraması yapılan hastalığın prevalansı gibi faktörler de tarama yararını belirleyen etkenlerdendir (1, 2, 23, 29).

2.3. Aile Hekimliği, Aile Hekimi ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

2.3.1. Aile Hekimliği ve Aile Hekimi

Aile hekimliği *"birey ve aile için sürekli ve kapsamlı sağlık bakımı sağlayan tıbbi uzmanlık dalı"* olarak tanımlanmaktadır (19). Avrupa Aile Hekimleri Birliği (WONCA Europe) ise aile hekimliği/genel pratisyenliği *"kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık"* olarak tanımlamıştır (30). Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere aile hekimliği bir sağlık sistemi ya da sağlık finansman modeli değil akademik bir disiplindir. Sağlık Bakanlığı aile

hekimliğini "birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli" olarak nitelendirmiştir (24).

WONCA, aile hekimini *"tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese çok yönlü bakım vermek ve gerekli olduğunda diğer sağlık personelini hizmet sunması için organize etmekten birinci derecede sorumlu hekim"* şeklinde tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığı'na göre ise aile hekimi *"kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler"* olarak tanımlanmıştır (19, 24, 26, 31-33).

2.3.2. Aile Hekiminin Görevleri

Mevzuatımızdaki tanımdan da anlaşıldığı üzere aile hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini verir. Bu süreçte veri toplama ve kayıt tutma, koruyucu hekimlik, sağlık eğitimi, sağlık danışmanlığı ve yönlendirme, birinci basamakta tanı ve tedavi hizmeti, kronik hastalıkların izlenmesi, rehabilitasyon ve yaşlıların sağlığı gibi görevleri yerine getirir (1, 33). Aile hekimlerinin halk sağlığı ile ilgili bazı önemli görevleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1 Aile hekimlerinin önemli halk sağlığı işlevleri (19)

- Önerilen aşılamaların sağlanması ve teşvik edilmesi
- Sağlık Bakanlığı* tarafından önerilen tarama testlerinin yapılması
- Kanıtlanmamış ve/veya zararlı tarama testlerinin yapılmaması
- Riskli davranışları değiştirmek için etkili yöntemlerin kullanılması
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, influenza ve tüberküloz gibi önemli halk sağlığı sorunlarına doğru tanı konması ve tedavi edilmesi
- Enfeksiyöz hastalıklara maruz kalan aile üyelerinin ve diğer temaslıların tedavi edilmesi ya da ilgili* bölüme sevk edilmesi
- Enfeksiyöz hastalıklar, kanserler ve bildirilmesi gereken diğer durumlar için bildirim gereksinimlerine uyulması
- Klinik ortamlarda enfeksiyon kontrol uygulamalarının güçlendirilmesi
- Hastalığın yayılmasından nasıl kaçınılacağına dair enfeksiyonlu hastalara önerilerde bulunulması
- Gereksiz ve zararlı test ve tedavilerden kaçınılması

* İşaretli bölümler ülkemiz sağlık sistemine göre uyarlanmıştır.

2.3.3. Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aile hekimliği birinci basamak sağlık sisteminin temel taşlarındandır ve koruyucu sağlık hizmetleri bakış açısıyla aile hekimleri toplumun sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde son derece önemli görevlere ve imkanlara sahiptir. Sağlık taramaları ile ilgili aile hekimlerine verilen öneriler çeşitli rehberler ve organizasyonlar aracılığı ile yapıldığı gibi mevzuatımızda da aile hekimlerinin yapması gereken sağlık taramaları detaylı bir şekilde tanımlanmıştır. Sağlık taramaları ile ilgili hastalık ya da yaş grubu özelinde tanımlamalar (Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi, Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Genelgesi vb.) olduğu gibi taramaları bütüncül olarak değerlendiren Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik

Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, Kronik Hastalık Tarama ve İzlemleri gibi rehber ve uygulamalar da bulunmaktadır (5, 19, 25, 34, 35).

Aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri: Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında düzenlenen bir çalıştay ile taslak hali hazırlanmıştır. 2012 ve 2014 yıllarında yapılan çalıştaylar ile son hali verilen rehberin hazırlanmasında Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türk Tabipleri Birliği temsilcileri, aile hekimliği akademisyenleri ve ilgili uzmanlık dernekleri temsilcileri yer almıştır. İlgili dönemde halihazırda birinci basamakta uygulanan hizmetlerin sağlık hizmet sunucuları tarafından standart bir şekilde uygulanması amacıyla hazırlanmış bir rehberdir. Uygulamaları bebeklik ve çocukluk dönemi, erişkinlik dönemi ve geriatrik dönem olmak üzere 3 grupta sınıflayan rehberde toplam 50 adet sağlık muayenesi ve tarama testi ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinin 20. maddesinde *"Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır."* ifadesi yer almaktadır. Buna göre bu hizmetler için **negatif performans** uygulanmaktadır (36, 37).

Kronik hastalık tarama ve izlemleri, hastalık yönetim platformu: Nüfustaki yaşlanma ve kronik hastalıkların sıklığının artmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet kalitesini artırmak amacıyla çeşitli çalışmalar yapmıştır. Bu bağlamda **Kronik Hastalık Tarama ve İzlemleri** de bunlardan biridir. 2017 yılında kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ve hipertansiyon kılavuzuna yönelik eğitim modülleri hazırlanmış ve 2018 yılında ise illerde aile hekimlerinin yüz yüze eğitimleri tamamlanmıştır. Aynı yıl içinde bireylerin hastalıklarının yönetiminde aktif rol alması, hekimlerin tarama ve izlem süreçlerini karar destek servisleri aracılığıyla kanıta dayalı klinik protokoller doğrultusunda yönetmesi ve karar alıcıların kalite tabanlı klinik denetim ve performans yönetimi için veri toplaması amaçlarıyla geliştirme çalışmalarına başlanan **Hastalık Yönetim Platformu,** 01.01.2021 tarihi itibariyle tüm aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır. 30.06.2021 tarihinde *Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği*'nde değişiklik yapılmış ve 30.06.2021 tarih ve 1091 sayılı Makam Olur'u ile *Aile*

Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge yürürlüğe konulmuştur (Şekil 3). Böylece kronik hastalık tarama ve izlemleri pozitif performans kapsamına dahil edilmiştir. HYP, yürürlüğe konduğu tarih itibariyle doğrudan pozitif performans şeklinde uygulanmamış, önce negatif ve pozitif performansın -koruyucu hizmetleri uygulama düzeyine göre- birlikte yürütüldüğü bir karma yöntem şeklinde uygulanmıştır. Ancak daha sonra, gelen tepkiler üzerine uygulamanın negatif performans kısmı 13/08/2021 tarih ve E.1004 sayılı Aile Hekimliği Tarama Katsayısına İlişkin Yönerge Değişikliği ile yürürlükten kaldırılmıştır ve günümüzde sadece pozitif performans kısmı ile yürürlüktedir (37-45).

Hastalık Yönetim Platformu: *"Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının semptom ve bulgularının kontrol altına alınması ve bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi amacıyla geliştirilen online bir platformdur. Periyodik taramalar yapılarak kronik hastalıklarda erken teşhis konmasının sağlanmasını ve teşhis konan hastaların periyodik izlemlerinin kanıta dayalı tıp kılavuzlarının önerileri doğrultusunda yapılması, uygun tedaviyi verilmesinin sağlanması ve komplikasyonların erken tespitinin sağlanmasını kolaylaştırır."* şeklinde tanımlanmaktadır. Bu platform üzerinden **kardiyovasküler risk değerlendirmesi**, **çok yönlü yaşlı sağlığı değerlendirmesi**, **hipertansiyon**, **diyabet**, **obezite** hastalıklarının tarama, takip ve sonuç durumu, **kanser (meme, serviks, kolon)** taraması işlemleri yürütülmektedir. Yapılması gereken işlemler ile asgari ve azami başarı yüzdeleri Tablo 2'de sunulmuştur. Her hastalık ya da değerlendirme için yapılacak işlemler ve diğer bilgiler ilgili mevzuat ve eklerinde detaylı olarak tanımlanmıştır (43, 46, 47).



Şekil 3 Hastalık yönetim platformu tanıtım materyali (48)

Tablo 2 Kriter katsayısına esas asgari ve azami başarı oranları (43)

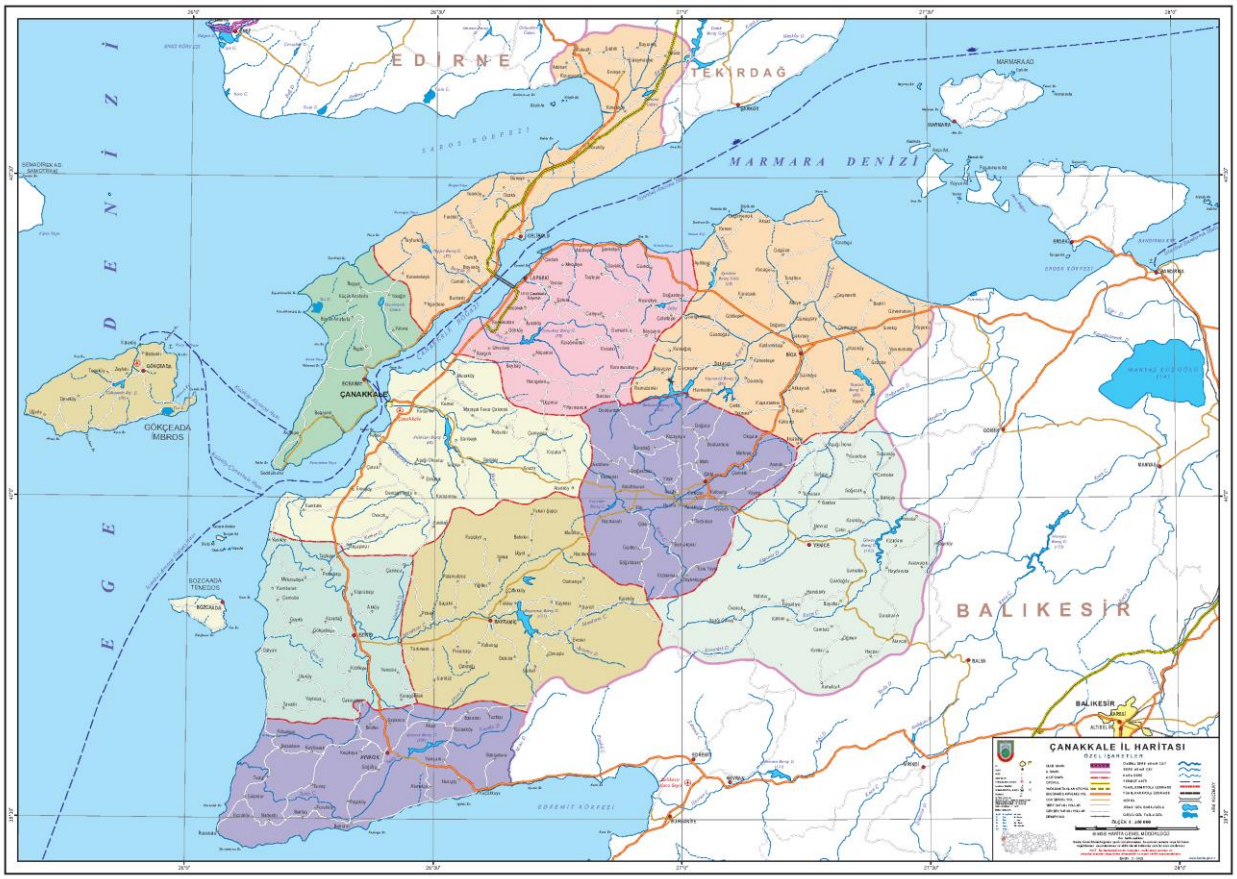
Kriter		Asgari Başarı Yüzdesi	Azami Başarı Yüzdesi
Hipertansiyon	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Diyabet	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Obezite	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Serviks Kanseri	Tarama	50	90
Kolorektal Kanser	Tarama	50	90
Meme Kanseri	Tarama	40	90
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Çok Yönlü Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi	Tarama	40	90
	Takip	50	90
	Sonuç	40	90
Süreç Yönetimi		50	80

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Bölgesi

Çanakkale Türkiye'nin kuzeybatısında ve Çanakkale Boğazı'nın her iki yanında kurulmuştur. Gelibolu Yarımada'sı ve Biga Yarımadası'nda toprakları bulunmaktadır. Edirne, Tekirdağ ve Balıkesir illeri ile sınır komşusudur. Gökçeada, Bozcaada ve Tavşan Adaları Çanakkale sınırları içerisinde bulunmaktadır. 25°40′-27°30′ doğu boylamları ile 39°27′-40°45′ kuzey enlemleri arasında yer almaktadır ve 9.933 km²'lik yüzölçümüne sahiptir (49).

Ayvacık, Bayramiç, Biga, Bozcaada, Çan, Eceabat, Ezine, Gelibolu, Gökçeada, Lapseki ve Yenice olmak üzere 11 ilçesi bulunmaktadır. Ayrıca 23 belediye, 11 belde ve 576 köy bulunmaktadır. Çanakkale'nin 2022 yılı toplam nüfusu 559.383 olup bunun 279.416'sı erkek 279.967'si kadınlardan oluşmaktadır. Nüfusun 143.675'i yoğun kentsel bölgede, 253.160'ı orta yoğun kentsel bölgede ve 162.548'i de kırsal bölgede yaşamaktadır (50, 51).



Şekil 4 Çanakkale mülkî idare il haritası (52)



Şekil 5 Çanakkale aile sağlığı merkezlerinin dağılımı

Not: Harita, aile sağlığı merkezlerinin adresleri Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü resmi internet sitesinden alınarak oluşturulmuştur (53).

3.2. Araştırma Popülasyonu ve Evren

Araştırma evrenini Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çalışan 171 aile hekimi oluşturmaktadır (53). Aile sağlığı merkezleri (ASM) ve aile hekimliği birimlerinin (AHB) ilçelere göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Bir aile hekimliği birimi Çanakkale E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda bulunduğundan çalışma kapsamı dışında değerlendirilmiş ve çalışma 170

aile hekimi üzerinden yürütülmüştür. Araştırmanın birinci aşaması için örneklem seçilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır; araştırmanın ikinci aşaması için 5 aile hekimi ile görüşme yapılması planlanmıştır (54).

Tablo 3 İlçelere göre ASM ve AHB sayısı

İlçe	ASM Sayısı	AHB Sayısı
Merkez	15	52
Biga	12	31
Çan	8	18
Gelibolu	5	14
Ayvacık	4	11
Ezine	4	10
Yenice	4	10
Bayramiç	4	9
Lapseki	3	8
Eceabat	1	4
Gökçeada	1	3
Bozcaada	1	1
Toplam	**62**	**171**

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çalışan aile hekimleri ile yapılan, iki aşamalı karma yöntem kullanılan bir araştırmadır. Çalışmanın ilk aşaması nicel (kantitatif) ikinci aşaması nitel (kalitatif) olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama kesitsel araştırma yöntemi ile ikici aşama ise fenomenolojik desen ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırma Sorusu ve Hipotezler

Çalışmamızın araştırma soruları aşağıda sunulmuştur:

1. Aile hekimlerinin HYP ve PSM'nin uygulanabilirliği ile ilgili görüşü nedir?
2. Aile hekimlerinin HYP ve PSM'yi uygulama düzeyi nedir?
3. Sosyodemografik özellikler ve çalışma özelliklerinin HYP ve PSM'nin uygulanmasına etkisi var mıdır?
4. Aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşü nedir?
5. Aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri nedir?

Araştırmamızın bağımlı değişkenlerini HYP ve PSM'nin uygulanabilirliği ile ilgili görüşler; HYP ve PSM'nin uygulanma düzeyleri oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenlerini ise katılımcıların sosyodemografik ve çalışma özellikleri oluşturmaktadır.

H_0 1 : Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanabilir olduğunu düşünmektedir.

H_A 1 : Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanabilir olduğunu düşünmemektedir.

H_0 2 : Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerini yüksek düzeyde uygulamaktadır.

H_A 2 : Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerini yüksek düzeyde uygulamamaktadır.

H_0 3 : Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve çalışma özellikleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması ilişkisizdir.

H_A 3 : Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve çalışma özellikleri koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasını etkiler.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın birinci aşaması kapsamında katılımcılardan yanıtlamaları istenen soru formu gözlem altında anket uygulama yöntemiyle katılımcıların çalıştıkları aile sağlığı merkezinde, 01.05.2022-31.03.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara birinci aşamada sorulan bir

soru ile ikinci aşama için görüşme yapmak isteyip istemedikleri sorgulanmış ve görüşme yapmak isteyenlerden iletişim bilgileri alınarak, gönüllüler ikinci aşama için değerlendirmeye alınmışlardır.

Konu hakkında ileri değerlendirmelerin yapılabilmesi için planlanan ikinci aşamada ise gönüllü katılımcılar arasından basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 5 kişi ile derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde, veri doygunluğuna ulaşıldığından daha fazla katılımcı ile görüşme ihtiyacı olmamıştır. Görüşmelerin değerlendirilmesi tematik içerik analizi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine görüşmeler katılımcıların çalıştıkları aile sağlığı merkezinde, kendilerinin belirlediği bir zamanda gerçekleştirilmiştir. Araştırma zaman çizelgesi, Ek-7'de sunulmuştur.

3.6. Etik Değerlendirme ve İzinler

Araştırmanın yürütülmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden 18.02.2022 tarih ve 06/09 sayılı izin, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.02.2022 tarih ve TÜTF-GOBAEK 2022/45 protokol kodlu izin, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden 08.04.2022 tarih ve E-97769597-799 sayılı izin alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Finansmanı

Araştırmanın yürütülmesi için herhangi bir kişi ya da kurumdan finansal destek alınmamıştır. Araştırma finansmanı araştırmacılar tarafından sağlanmıştır.

3.8. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın birinci aşamasında kullanılan soru formu 11 adet sosyodemografik özellikler ve çalışma şartlarını inceleyen soru ve 16 adet tarama ve takip programları ile ilgili soru grubu ve 1 adet çalışmanın ikinci aşamasına katılma isteğini sorgulayan soru olmak üzere toplam 28 sorudan

oluşmaktadır. Tarama ve takip programlarını inceleyen sorular, toplam 58 adet alt boyut ve 63 soru içermektedir. Nicel aşamada kullanılan soru formu Ek-1'de sunulmuştur.

Katılımcıların tarama ve takip programlarını uygulama düzeylerini yüzde olarak inceleyen sorular, klasik 5'li likert olarak sorulmak yerine Sağlık Bakanlığı'nın ilgili mevzuatında (Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge) belirlediği %40 ve %90 referans değerlerine uygun olacak şekilde uyarlanmıştır. Buna ek olarak bu sorulara verilecek yanıtların önemli bir kısmının %100 olması beklendiğinden dolayı da bu değer (%100) 6. seçenek olarak eklenmiştir. Sonuç olarak uygulama düzeylerini sorgulayan soruların yanıt kategorileri %0-20, %21-**40**, %41-60, %61-**90**, %91-99 ve %**100** şeklinde olmuştur.

Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılan yarı yapılandırılmış soru formu; katılımcı bilgileri, tarama ve takip programları hakkındaki düşünceler, yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri olmak üzere 4 soru ve toplamda 8 adet sondaj sorudan oluşmaktadır. Nitel aşamada kullanılan görüşme formu Ek 2'de sunulmuştur.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırma kapsamında incelenen verilerden kategorik olanlar sayı ve yüzde olarak; numerik olanlar ortalama/ortanca ve standart sapma/%25-%75 olarak ifade edilmiştir. Numerik verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi, histogram grafiği, Q-Q plot grafiği ve skewness-kurtosis değerleri ile kontrol edilmiş ve gruplar arası karşılaştırmalar için gerekli varsayımların sağlanması durumuna göre parametrik veya parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Güven düzeyi %95, istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ düzeyi kabul edilmiştir.

Nitel verilerin analizi için öncelikle görüşmelerin transkripsiyonu (yazıya çevirme) yapılmış ve transkripsiyonlar görüşmelerde tutulan notlar ile birleştirilmiştir. Bir görüşmenin transkripsiyonu tamamlanmadan diğer görüşmeye başlanmamıştır. Daha sonra tematik içerik analizi ile analiz edilen verilerden alt kodlar, kodlar, alt temalar ve temalar belirlenmiştir. Bu aşamada kodlamanın standardizasyonunu sağlamak adına bir "kod defteri" oluşturulmuştur. Kod defterinde kodların adı, açıklaması ve bir örnek ifade verilmiştir. Bundan sonraki aşamalarda bu kod defteri kullanılarak veriler defaatle incelenmiş ve gereklilik halinde kodlar düzenlenmiştir.

Hazırlanan kod defteri Ek-7'de sunulmuştur. Nitel analizlerin tamamlanmasından sonra sonuçlar katılımcılar ile paylaşılmış ve katılımcı teyidi alınarak raporlanmıştır.

Verilerin analizi ve raporlamasında Microsoft Excel, SPSS 22, Jamovi 2.3, RapidMiner Studio, GPower 3.1, Tableau Desktop, Maxqda 24 ve EndNote X9 programları kullanılmıştır.

Katılımcıların **HYP Uygulama Puanını** ve **PSM Uygulama Puanını** hesaplamak için her bir gruptaki yanıtlar;

%0-20 ve %21-40	Düşük	1 puan
%41-60 ve %61-90	Orta	2 puan
%91-99 ve %100	Yüksek	3 puan

şeklinde puanlanmıştır. Daha sonra PSM ile ilgili 50 soru ve HYP ile ilgili 13 sorunun puanı toplanıp ham puanlar elde edilmiştir. Son olarak da;

$$Uygulama\ Puanı = \frac{(Katılımcı\ Ham\ Puanı - Soru\ Sayısı)}{(\frac{100}{Ham\ Puan\ Üst\ Limit - Ham\ Puan\ Alt\ Limit})}$$

formülü ile her bir tarama grubu (HYP, PSM) için uygulama puanları hesaplanmıştır. Böylece **PSM Uygulama Puanı** ve **HYP Uygulama Puanı 0-100** arası bir değer alacak şekilde standartlaştırılmıştır.

Yukarıdaki bilgiler ışığında PSM için ham puan üst ve alt limitleri sırasıyla 150 – 50; HYP için ham puan üst ve alt limitleri sırasıyla 39 – 13 olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile hastalık yönetim platformunda belirlenen iş ve işlemleri uygulama düzeylerinin belirlenmesi ve bu taramalar hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızın birinci aşamasına (nicel aşama) Çanakkale'de çalışan 142 aile hekimi katılmış; katılım orantısı %83,5 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci aşaması (nitel aşama) için 5 aile hekimi ile nitel görüşmeler yapılmıştır.

4.1. Niceliksel Bulgular

4.1.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların %58,5'i erkek, %80,3'ü pratisyen aile hekimi, %80,3'ü A grubu aile hekimliği biriminde çalışmakta ve %81,0'inin görev yeri ilçe merkezidir (Tablo 4, Şekil 6).

Tablo 4 Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri

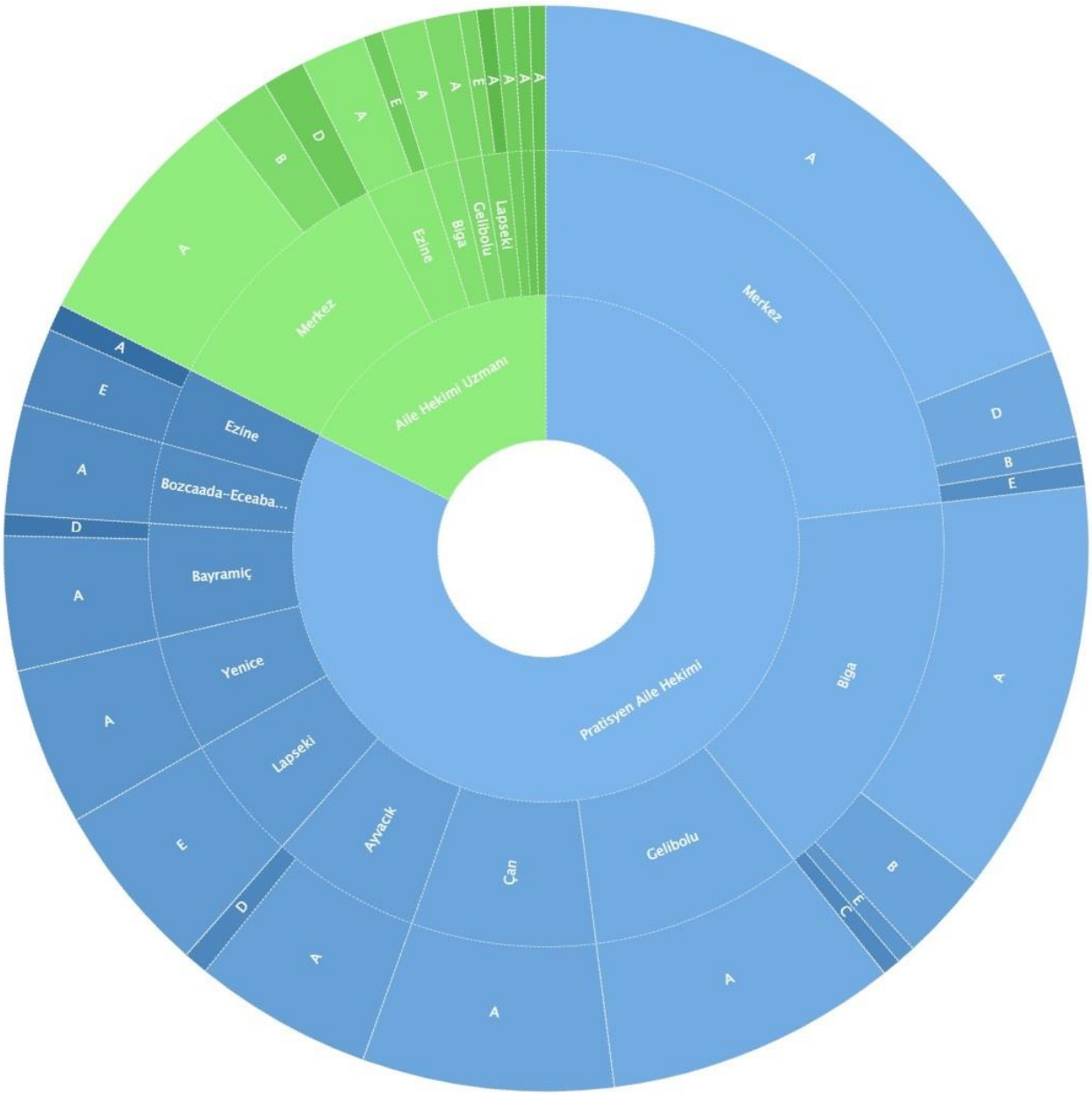
Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	83	58,5
Kadın	59	41,5
Uzmanlık Durumu		
Pratisyen Aile Hekimi	114	80,3
Aile Hekimi Uzmanı	28	19,7
Çalışılan Birimin Grubu		
A	114	80,3
B	7	4,9
C	1	0,7
D	7	4,9
E	13	9,2
Görev Yerinin Coğrafik Özelliği		
İlçe merkezi	115	81,0
İlçe kırsalı (Belediye, belde, köy)	27	19,0
Toplam	**142**	**100,0**

Yüzde (%): Sütun yüzdesidir.

Katılımcıların yaş ortalaması 45,2, hekim olarak çalışma süresi ortalaması 20,2 yıl, aile hekimi olarak çalışma süresi ortalaması 9,2 yıl, günlük ortalama muayene sayısı 64,2 ve çalıştıkları birime bağlı nüfus ortalaması 3089,8 kişi olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5 Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri

	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	%25	%75
Yaş	45,2	9,2	45,5	38,0	53,0
Hekimlik Süresi	20,2	9,4	22,0	12,8	27,2
Aile Hekimliği Süresi	9,2	4,4	10,5	6,0	13,0
Günlük Muayene Sayısı	63,5	21,5	65,0	50,0	80,0
Birim Nüfusu	3089,8	831,6	3385,0	2723,0	3700,0



Şekil 6 Katılımcıların uzmanlık, ilçe ve çalışma birimi grubu dağılımı

Katılımcıların aile hekimi olarak çalışma motivasyonu incelendiğinde en önemli motivasyon kaynağı %68,3 ile nöbet olmaması olarak gözlenmiştir. Tanımlanan seçenekler arasındaki en az motivasyon kaynağı ise %38,0 ile mesleki memnuniyet olarak gözlenmektedir (Tablo 6).

Tablo 6 Katılımcıların aile hekimi olarak çalışma motivasyonu

Yanıtlar	**Sayı**	**Yüzde[1] (%)**	**Yüzde[2] (%)**
Nöbet olmaması (Defin nöbeti hariç)	97	23,8	68,3
Daha özgür çalışma ortamı	75	18,4	52,8
Ekonomik avantajlarından dolayı	63	15,4	44,4
Hizmet verilen popülasyonu yakından tanıma imkanı	57	14,0	40,1
Hastalarla daha iyi iletişim imkanı	55	13,5	38,7
Mesleki memnuniyet	54	13,2	38,0
Diğer	7	1,7	4,9
Toplam	**408**	**100,0**	**287,2**

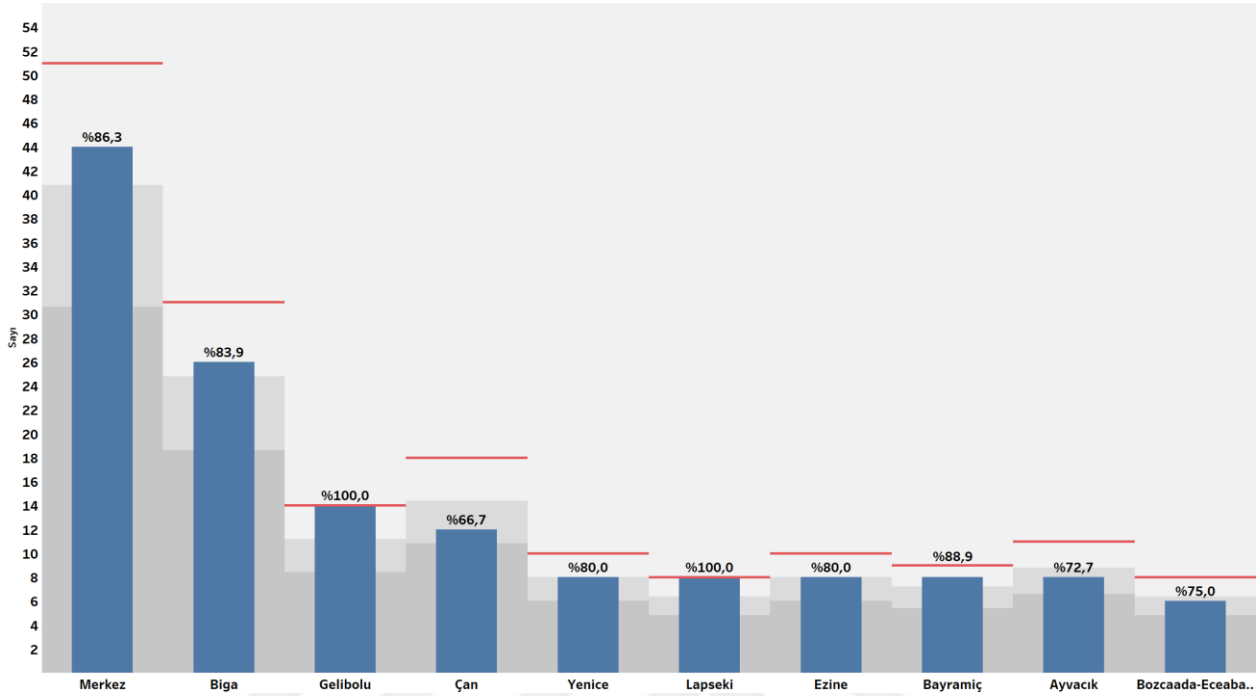
1: Yanıtlar arası yüzdesel dağılımı göstermektedir.
2: Her bir önermenin katılımcılar arası seçilme yüzdesini göstermektedir.
Not: Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Katılımcıların %31,0'i merkez ilçede, %18,3'ü Biga'da, %9,9'u Gelibolu'da, %8,5'i Çan'da, %5,6'sı (her bir ilçe için) Yenice, Lapseki, Ezine, Bayramiç, Ayvacık'ta ve %4,2'si Bozcaada-Eceabat-Gökçeada ilçelerinde çalışmaktadır. İlçelere en yüksek katılım %100,0 ile Gelibolu ve Lapseki ilçelerinde en düşük katılım %66,7 ile Çan ilçesindedir (Tablo 7, Şekil 7).

Tablo 7 Katılımcıların ilçelere göre dağılımı ve katılım yüzdesi

İlçe	Sayı (n)	Yüzde (%)	Katılım Yüzdesi (%)*
Merkez	44	31,1	86,3
Biga	26	18,3	83,9
Gelibolu	14	9,9	100,0
Çan	12	8,5	66,7
Yenice	8	5,6	80,0
Lapseki	8	5,6	100,0
Ezine	8	5,6	80,0
Bayramiç	8	5,6	88,9
Ayvacık	8	5,6	72,7
Bozcaada-Eceabat-Gökçeada	6	4,2	75,0
Toplam	**142**	**100,0**	**83,5**

Yüzde (%): Sütun yüzdesidir.
* İlçelere göre katılım yüzdesidir.



Şekil 7 Katılımcıların ilçelere göre dağılımı ve katılım yüzdesi

4.1.2. PSM ve HYP ile İlgili Görüşler ve Uygulama Düzeyi

Katılımcıların %42,3'ü PSM'nin uygulanabilir olduğunu düşünürken, HYP'nin uygulanabilir olduğunu düşünme hızı %15,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8 Katılımcıların PSM ve HYP'nin uygulanabilirliği ile ilgili görüşleri

Önerme	**Hayır**		**Evet**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
PSM'nin Uygulanabilir Olduğunu Düşünme	82	57,7	60	42,3
HYP'nin Uygulanabilir Olduğunu Düşünme	120	84,5	22	15,5

Yüzde: Satır yüzdesidir.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile hastalık yönetim platformunda belirlenen her bir iş ve işlemleri uygulama düzeyleri Tablo 9 ve Şekil 8'de verilmiştir.

Tablo 9 Taramalara göre uygulama düzeyi yüzdesi

		Uygulama Düzeyi Yüzdesi (%)					
No	**Tarama Adı**	**0-20**	**21-40**	**41-60**	**61-90**	**91-99**	**100**
1	Biotinidaz Eksikliği Taraması	2,1	1,4	1,4	3,5	7,7	83,8
2	Fenilketonüri Taraması	2,1	0,0	1,4	4,2	12,7	79,6
3	Konjenital Hipotroidi Taraması	2,8	0,0	2,1	4,2	9,2	81,7
4	Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme	0,0	0,0	2,8	6,3	20,4	70,4
5	Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamasının Yapılması	0,0	0,0	3,5	4,2	23,2	69,0
6	Demir Profilaksisi- D Vitamini Profilaksisi	0,0	0,7	2,8	4,2	21,1	71,1
7	Gelişimsel Kalça Displazisi	0,0	0,7	2,1	6,3	21,8	69,0
8	İnmemiş Testis Muayenesi	1,4	2,1	4,2	6,3	19,0	66,9
9	Yenidoğan İşitme Taraması	0,7	0,7	1,4	5,6	22,5	69,0
10	Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi	1,4	2,1	2,8	6,3	26,8	60,6
11	Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması	1,4	2,1	6,3	22,5	26,8	40,8
12	Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba-Motor ve İnce-Motor Gelişimin Taranması	3,5	3,5	6,3	21,1	22,5	43,0
13	Premature Retinopatisi	6,3	2,8	7,0	20,4	20,4	43,0
14	Arteriyel Tansiyon Ölçümü	5,6	3,5	12,7	20,4	21,8	35,9
15	Sağlıklı Diyet Danışmanlığı	4,2	5,6	12,0	23,2	23,2	31,7
16	Obezite Taraması	2,1	4,9	14,8	19,0	22,5	36,6
17	Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı	6,3	7,7	19,0	28,9	12,0	26,1
18	Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması	3,5	14,8	23,9	21,8	9,9	26,1

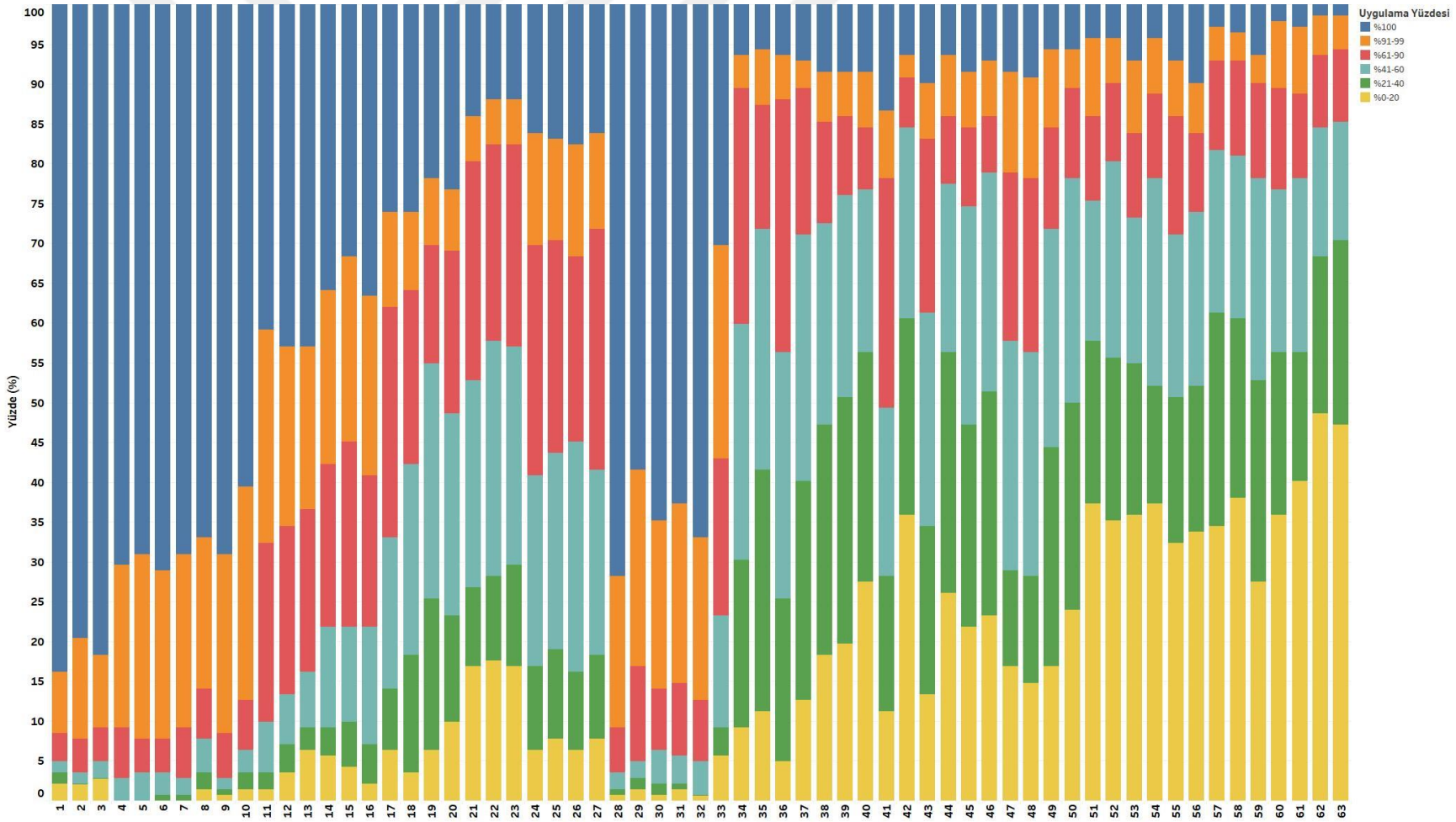
Tablo 9 (Devam) Taramalara göre uygulama düzeyi yüzdesi		Uygulama Düzeyi Yüzdesi (%)					
No	**Tarama Adı**	**0-20**	**21-40**	**41-60**	**61-90**	**91-99**	**100**
19	Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenimin Değerlendirilmesi	6,3	19,0	29,6	14,8	8,5	21,8
20	Kan Yolu ile Bulaşan Hastalıklar	9,9	13,4	25,4	20,4	7,7	23,2
21	Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi	16,9	9,9	26,1	27,5	5,6	14,1
22	Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Aspirin Kullanımı (Erkek)	17,6	10,6	29,6	24,6	5,6	12,0
23	İskemik İnmeden Korunmada Aspirin Kullanımı (Kadın)	16,9	12,7	27,5	25,4	5,6	12,0
24	Arteriyel Tansiyon Takibi	6,3	10,6	23,9	28,9	14,1	16,2
25	Diabetes Mellitus Taraması	7,7	11,3	24,6	26,8	12,7	16,9
26	Obezite Taraması	6,3	9,9	28,9	23,2	14,1	17,6
27	Serum Lipid Profili Taraması (Tg, Hdl, Ldl)	7,7	10,6	23,2	30,3	12,0	16,2
28	Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taraması	0,7	0,7	2,1	5,6	19,0	71,8
29	Gestasyonel Diyabet Taraması	1,4	1,4	2,1	12,0	24,6	58,5
30	Nöral Tüp Defekti Profilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi	0,7	1,4	4,2	7,7	21,1	64,8
31	Orak Hücreli Anemi ve Talasemi Major Taraması	1,4	0,7	3,5	9,2	22,5	62,7
32	Kan ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	0,7	0,0	4,2	7,7	20,4	66,9
33	Gebelerde Ağız Diş Sağlığı ve Eğitimi	5,6	3,5	14,1	19,7	26,8	30,3
34	Meme Kanseri Taraması (Kadın)	9,2	21,1	29,6	29,6	4,2	6,3
35	Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması (Kadın)	11,3	30,3	30,3	15,5	7,0	5,6

Tablo 9 (Devam) Taramalara göre uygulama düzeyi yüzdesi		Uygulama Düzeyi Yüzdesi (%)					
No	**Tarama Adı**	**0-20**	**21-40**	**41-60**	**61-90**	**91-99**	**100**
36	Kolorektal Kanser Taraması	4,9	20,4	31,0	31,7	5,6	6,3
37	Prostat Kanseri (Erkek)	12,7	27,5	31,0	18,3	3,5	7,0
38	Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi	18,3	28,9	25,4	12,7	6,3	8,5
39	Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi	19,7	31,0	25,4	9,9	5,6	8,5
40	Uyuşturucu Madde Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi	27,5	28,9	20,4	7,7	7,0	8,5
41	Tiroid Fonksiyon Anomalileri	11,3	16,9	21,1	28,9	8,5	13,4
42	Tüberküloz	35,9	24,6	23,9	6,3	2,8	6,3
43	Erişkinlerde Bağışıklama	13,4	21,1	26,8	21,8	7,0	9,9
44	Depresyon	26,1	30,3	21,1	8,5	7,7	6,3
45	Kemik Sağlığının Korunması İçin Bilgilendirme	21,8	25,4	27,5	9,9	7,0	8,5
46	Sekonder Osteoporoz / Kırık Riski	23,2	28,2	27,5	7,0	7,0	7,0
47	Yaşlılarda Kardiyovasküler Olaylarda Aspirin Koruyuculuğu	16,9	12,0	28,9	21,1	12,7	8,5
48	İskemik İnmede Aspirin Koruyuculuğu (Kadın)	14,8	13,4	28,2	21,8	12,7	9,2
49	Yaşlılarda Osteoporoz / Kırık Riski	16,9	27,5	27,5	12,7	9,9	5,6
50	Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	23,9	26,1	28,2	11,3	4,9	5,6
51	Hipertansiyon Tarama	37,3	20,4	17,6	10,6	9,9	4,2
52	Hipertansiyon Takip	35,2	20,4	24,6	9,9	5,6	4,2
53	Diyabet Tarama	35,9	19,0	18,3	10,6	9,2	7,0

Tablo 9 (Devam) Taramalara göre uygulama düzeyi yüzdesi		Uygulama Düzeyi Yüzdesi (%)					
No	**Tarama Adı**	**0-20**	**21-40**	**41-60**	**61-90**	**91-99**	**100**
54	Diyabet Takip	37,3	14,8	26,1	10,6	7,0	4,2
55	Obezite Tarama	32,4	18,3	20,4	14,8	7,0	7,0
56	Obezite Takip	33,8	18,3	21,8	9,9	6,3	9,9
57	Meme Kanseri Tarama	34,5	26,8	20,4	11,3	4,2	2,8
58	Serviks Kanseri Tarama	38,0	22,5	20,4	12,0	3,5	3,5
59	Kolorektal Kanser Tarama	27,5	25,4	25,4	12,0	3,5	6,3
60	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Tarama	35,9	20,4	20,4	12,7	8,5	2,1
61	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Takip	40,1	16,2	21,8	10,6	8,5	2,8
62	Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi Tarama	48,6	19,7	16,2	9,2	4,9	1,4
63	Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi Takip	47,2	23,2	14,8	9,2	4,2	1,4

Yüzde (%): Satır yüzdesidir.

Not: Her bir tarama için yanıtların uygulama düzeyi kategorilerine yüzdesel dağılımı verilmiştir.



Not: Şekildeki sayıların temsil ettiği taramalar Tablo 9'daki sayılara karşılık gelen taramadır.

Şekil 8 Taramalara göre uygulama düzeyi yüzdesi

Katılımcıların HYP uygulamasına engel olan durumlarla ilgili görüşleri değerlendirildiğinde "Hastaların sorumluluğunun olmaması" seçeneğinin %78,0 ile en sık neden olduğu gözlenmektedir. Bunu "Günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması" ve "Yapılacak işlemlerin uzun ve karmaşık olması" seçeneklerinin izlediği saptanmıştır. "Pandeminin getirdiği ek yükler" ise %43,3 ile en az seçilen seçenek olmuştur (Tablo 10).

Tablo 10 Aile hekimlerinin HYP uygulamasına engel olan durumlarla ilgili görüşleri

	Sayı	**Yüzde[1] (%)**	**Yüzde[2] (%)**
Hastaların sorumluluğunun olmaması	110	14,2	78,0
Günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması	106	13,8	75,2
Yapılacak işlemlerin uzun ve karmaşık olması	95	12,4	67,4
2. ve 3. basamak kurumlarla koordinasyondaki eksiklikler	92	12,0	65,2
Birime kesin kayıtlı nüfusun fazla olması	87	11,3	61,7
Diyetisyen, fizyoterapist, psikolog vb. personel yetersizliği	79	10,3	56,0
Aile sağlığı çalışanı sayısının yetersiz olması	66	8,6	46,8
İşlemlerin AHBS'den farklı bir sayfada yapılması	65	8,5	46,1
Pandeminin getirdiği ek yükler (Aşılama, özellikli izlem vb.)	61	7,9	43,3
Diğer	8	1,0	5,7
Toplam	**769**	**100,0**	**545,4**

1: Yanıtlar içindeki yüzdesel dağılımı göstermektedir.
2: Her bir önermenin katılımcılar içindeki seçilme yüzdesini göstermektedir.
Not: Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Katılımcıların PSM uygulamasına engel olan durumlarla ilgili görüşleri değerlendirildiğinde "Hastaların sorumluluğunun olmaması" seçeneğinin %83,0 ile en sık neden olduğu gözlenmektedir. Bunu "Günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması" ve "Birime kesin kayıtlı nüfusun fazla olması" seçeneklerinin izlediği saptanmıştır. "Pandeminin getirdiği ek yükler" ise %43,3 ile en az seçilen seçenek olmuştur (Tablo 11).

Tablo 11 Aile hekimlerinin PSM uygulamasına engel olan durumlarla ilgili görüşleri

	Sayı	**Yüzde[1] (%)**	**Yüzde[2] (%)**
Hastaların sorumluluğunun olmaması	117	16,4	83,1
Günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması	110	15,5	78,0
Birime kesin kayıtlı nüfusun fazla olması	96	13,5	68,1
2. ve 3. basamak kurumlarla koordinasyondaki eksiklikler	74	10,4	52,5
Yapılacak işlemlerin uzun ve karmaşık olması	73	10,3	51,8
Aile sağlığı çalışanı sayısının yetersiz olması	65	9,2	46,1
Diyetisyen, fizyoterapist, psikolog vb. personel yetersizliği	64	9,0	45,4
İşlemlerin AHBS'den farklı bir sayfada yapılması	56	7,9	39,7
Pandeminin getirdiği ek yükler (Aşılama, özellikli izlem vb.)	53	7,5	37,6
Diğer	2	0,3	1,4
Toplam	**710**	**100,0**	**503,5**

1: Yanıtlar içindeki yüzdesel dağılımı göstermektedir.
2: Her bir önermenin katılımcılar içindeki seçilme yüzdesini göstermektedir.
Not: Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Katılımcıların HYP uygulamasının daha verimli uygulanabilmesi için yapılması gerekenler ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde “Halka koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk verilmesi” seçeneğinin %81,6 ile en sık öneri olduğu gözlenmektedir. Bunu “ASM’deki iş ve işlemlerin net ve sade olması (Rapor, çeşitli bürokratik işlemler vb. kaldırılması)” ve “ASM’deki iş ve işlemlerin randevu sistemi ile yapılması” önerilerinin izlediği gözlenmektedir. “Yeni aile sağlığı merkezlerinin açılması” %34,0 ile en az seçilen öneri olmuştur (Tablo 12).

Tablo 12 Aile hekimlerinin HYP'nin daha verimli uygulanabilmesi için yapılabilecekler hakkındaki görüşleri

	Sayı	Yüzde[1] (%)	Yüzde[2] (%)
Halka koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk verilmesi	115	12,1	81,7
ASM'deki iş ve işlemlerin net ve sade olması (Rapor, çeşitli bürokratik işlemler vb. kaldırılması)	109	11,6	77,3
ASM'deki iş ve işlemlerin randevu sistemi ile yapılması	100	10,6	70,9
Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi	97	10,3	68,8
Özlük haklarının iyileştirilmesi	96	10,2	68,1
Halkın koruyucu sağlık hizmetleri konusunda farkındalığının artırılması	89	9,5	63,1
Koruyucu sağlık hizmetleri için ayrıca zaman tanımlanması	80	8,5	56,7
Aile sağlığı çalışanı sayılarının artırılması	75	8,0	53,2
Sağlık çalışanlarının özendirilerek çalıştırılması	68	7,2	48,2
Yeni aile hekimliği birimlerinin açılması	56	6,0	39,7
Yeni aile sağlığı merkezlerinin açılması	48	5,1	34,0
Diğer	8	0,9	5,7
Toplam	**941**	**100,0**	**667,4**

1: Yanıtlar içindeki yüzdesel dağılımı göstermektedir.
2: Her bir önermenin katılımcılar içindeki seçilme yüzdesini göstermektedir.
Not: Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

Katılımcıların PSM uygulamasının daha verimli uygulanabilmesi için yapılması gerekenler ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde “Halka koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk verilmesi” seçeneğinin %78,9 ile en sık öneri olduğu gözlenmektedir. Bunu “ASM’deki iş ve işlemlerin net ve sade olması (Rapor, çeşitli bürokratik işlemler vb. kaldırılması)” ve “ASM’deki iş ve işlemlerin randevu sistemi ile yapılması” önerilerinin izlediği gözlenmektedir. “Yeni aile sağlığı merkezlerinin açılması” %35,2 ile en az seçilen öneri olmuştur (Tablo 13).

Tablo 13 Aile hekimlerinin PSM'nin daha verimli uygulanabilmesi için yapılabilecekler hakkındaki görüşleri

	Sayı	Yüzde[1] (%)	Yüzde[2] (%)
Halka koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk verilmesi	112	12,1	78,9
ASM'deki iş ve işlemlerin net ve sade olması (Rapor, çeşitli bürokratik işlemler vb. kaldırılması)	103	11,2	72,5
ASM'deki iş ve işlemlerin randevu sistemi ile yapılması	98	10,7	69,0
Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi	95	10,4	66,9
Halkın koruyucu sağlık hizmetleri konusunda farkındalığının artırılması	95	10,4	66,9
Özlük haklarının iyileştirilmesi	84	9,2	59,2
Koruyucu sağlık hizmetleri için ayrıca zaman tanımlanması	83	9,1	58,5
Sağlık çalışanlarının özendirilerek çalıştırılması	71	7,7	50,0
Aile sağlığı çalışanı sayılarının artırılması	69	7,5	48,6
Yeni aile sağlığı merkezlerinin açılması	53	5,8	37,3
Yeni aile hekimliği birimlerinin açılması	50	5,5	35,2
Diğer	4	0,4	2,8
Toplam	**917**	**100,0**	**645,8**

1: Yanıtlar içindeki yüzdesel dağılımı göstermektedir.
2: Her bir önermenin katılımcılar içindeki seçilme yüzdesini göstermektedir.
Not: Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

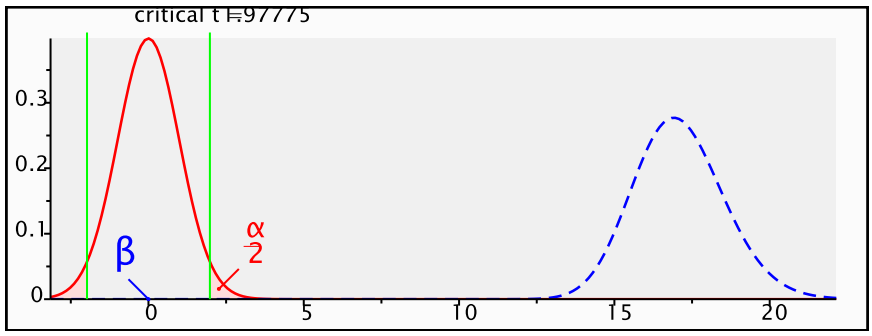
Katılımcıların HYP ve PSM uygulama puanları -gereç ve yöntem kısmında- belirtilen şekillerde hesaplanmıştır. Buna göre katılımcıların HYP uygulama puanı ortalaması (±standart sapma) 26,5 (±27,5) ve PSM uygulama puanı ortalaması 62,8 (±17,2)'dir (Tablo 14, Şekil 10, Şekil 11).

Katılımcıların HYP uygulama puanı ile PSM uygulama puanlarının karşılaştırması için yapılan analize göre HYP uygulama puanı ortancası (%25-%75) 15 (0-47) ve PSM uygulama puanı ortancası 61,5 (47-71) olup gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların PSM uygulama puanı daha yüksektir (p<0,001, Tablo 14, Şekil 9).

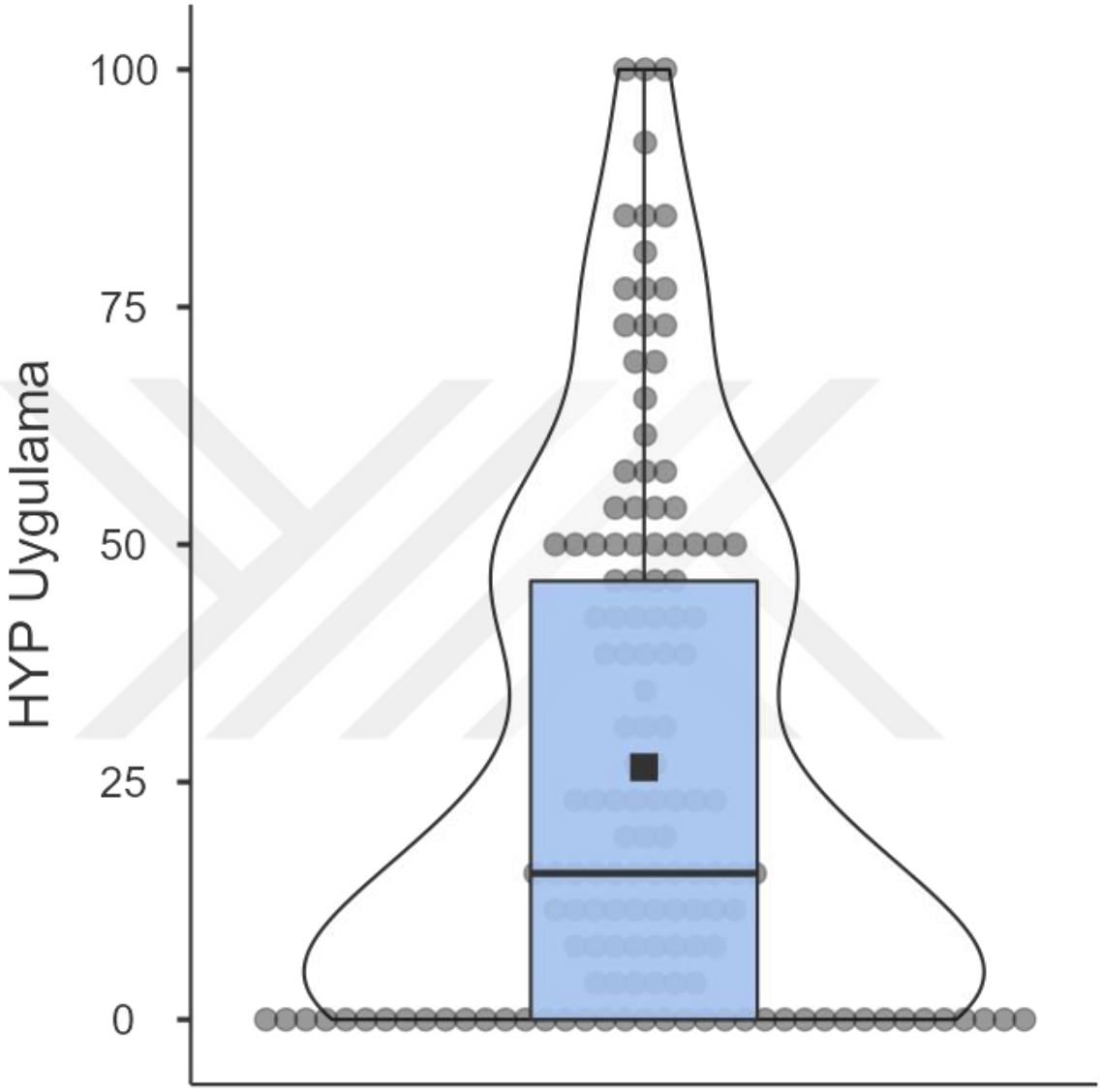
Tablo 14 HYP ve PSM uygulama puanı karşılaştırması ve ilişkili özellikler

	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	%25	%75	ES	p
HYP Uygulama Puanı	26,5	27,5	15,0	0,0	47,0	**1,459**	**<0,001**
PSM Uygulama Puanı	62,8	17,2	61,5	47,0	71,0		

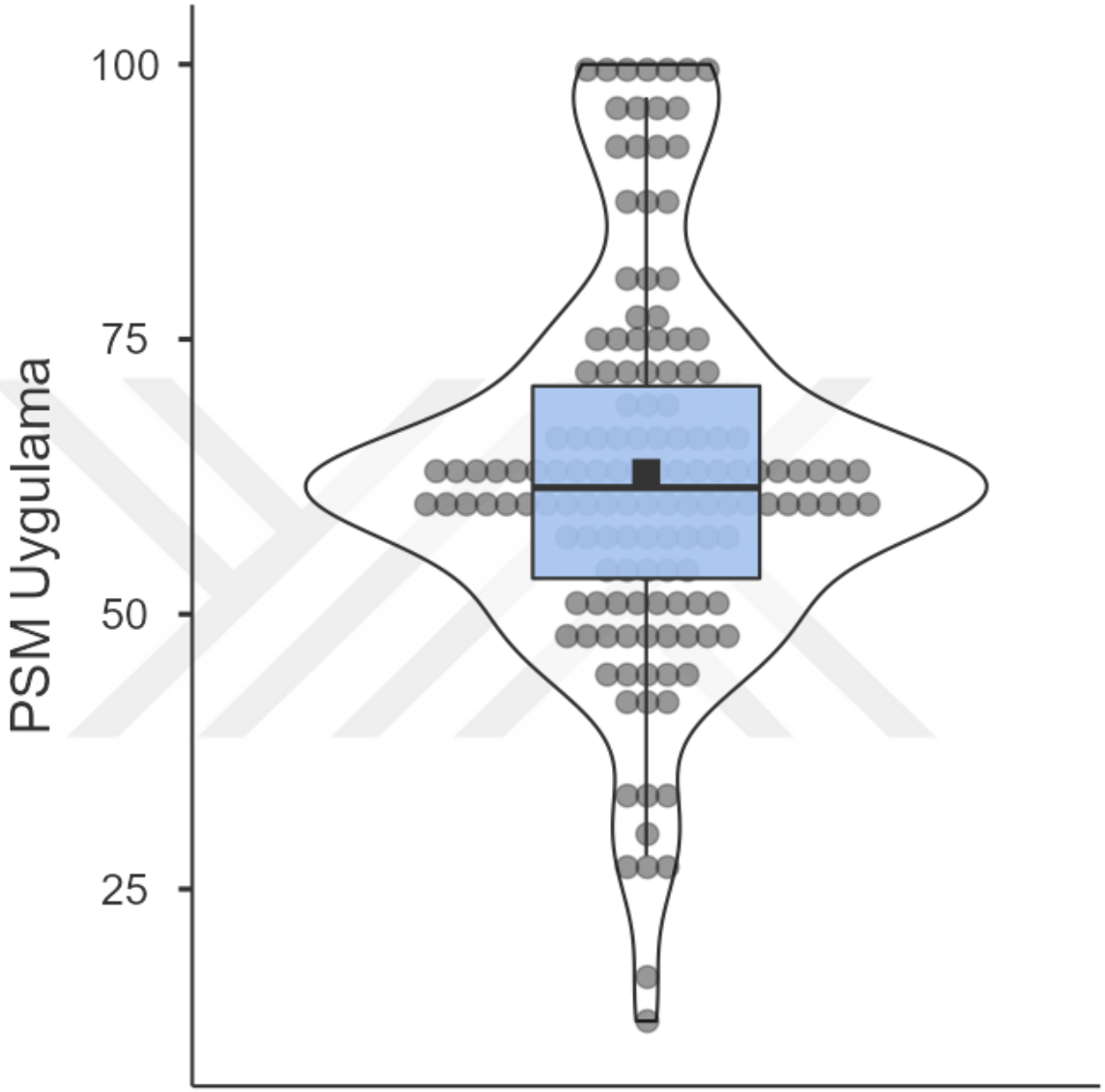
p: Wilcoxon Testi
ES: Effect Size (Etki Büyüklüğü)



Şekil 9 HYP ve PSM uygulama puanı dağılım grafiği



Şekil 10 Katılımcıların HYP uygulama puanı özellikleri



Şekil 11 Katılımcıların PSM uygulama puanı özellikleri

Cinsiyet ve HYP uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre erkeklerin HYP uygulama puanı ortancası (%25-%75) 15 (4 - 46) ve kadınların 15 (0 - 50) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,454, Tablo 15).

Cinsiyet ve PSM uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre erkeklerin PSM uygulama puanı ortancası (%25-%75) 63 (54 - 70) ve kadınların 61 (50 - 76) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,809, Tablo 15).

Uzmanlık durumu ile HYP uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre aile hekimi uzmanlarının HYP uygulama puanı ortancası (%25-%75) 12 (0-42) ve pratisyen aile hekimlerinin 15 (4-50) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,137, Tablo 15).

Uzmanlık durumu ile PSM uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre aile hekimi uzmanlarının PSM uygulama puanı ortancası (%25-%75) 58 (47-70) ve pratisyen aile hekimlerinin 62 (55-71) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,172, Tablo 15).

Görev yerinin coğrafik özelliği ile HYP uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre ilçe kırsalında çalışan aile hekimlerinin HYP uygulama puanı ortancası (%25-%75) 15 (0-38) ve ilçe merkezinde çalışan aile hekimlerinin 15 (0-50) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,444, Tablo 15).

Görev yerinin coğrafik özelliği ile PSM uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre ilçe kırsalında çalışan aile hekimlerinin PSM uygulama puanı ortancası (%25-%75) 62 (47-70) ve ilçe merkezinde çalışan aile hekimlerinin 61 (56-73) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,227, Tablo 15).

Tablo 15 Cinsiyet, uzmanlık durumu ve görev yerinin coğrafik özelliğine göre HYP ve PSM uygulama puanlarının karşılaştırması

Değişken	Sayı	HYP		PSM	
		Ortanca (%25-%75)	p	Ortanca (%25-%75)	p
Cinsiyet					
Erkek	83	15 (4 - 46)	0,454	63 (54 - 70)	0,809
Kadın	59	15 (0 - 50)		61 (50 - 76)	
Uzmanlık Durumu					
Aile Hekimi Uzmanı	28	12 (0 - 42)	0,137	58 (47 - 70)	0,172
Pratisyen Aile Hekimi	114	15 (4 - 50)		62 (55 - 71)	
Görev Yerinin Coğrafik Özelliği					
İlçe Kırsalı	27	15 (0 - 38)	0,444	62 (52 - 65)	0,227
İlçe Merkezi	115	15 (0 - 50)		61 (56 - 73)	

p: Mann-Whitney U Testi

Çalışılan birimin grubu ile HYP uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre A grubu aile hekimliği biriminde çalışan aile hekimlerinin HYP uygulama puanı ortancası (%25-%75) 15 (0-50), B grubu birimde 23 (12-73), D grubu birimde 0 (0-15) ve E grubu birimde çalışan aile hekimlerinin 14 (4-34) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,453, Tablo 16).

Çalışılan birimin grubu ile PSM uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre A grubu aile hekimliği biriminde çalışan aile hekimlerinin PSM uygulama puanı ortancası (%25-%75) 61 (52-70), B grubu birimde 64 (63-88), D grubu birimde 72 (50-75) ve E grubu birimde çalışan aile hekimlerinin 62 (52-68) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,308, Tablo 16).

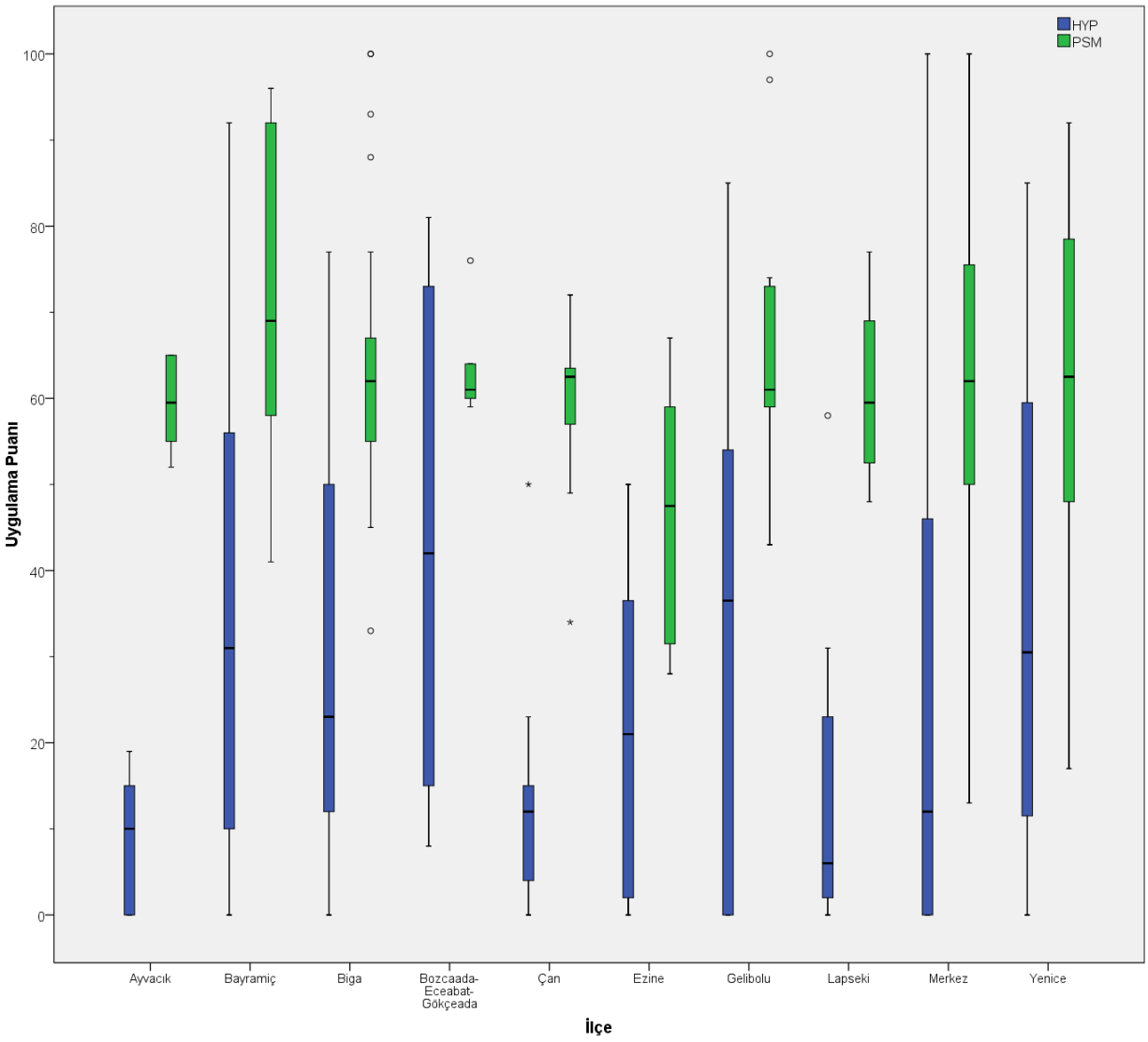
Çalışılan ilçe ile HYP uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre Ayvacık ilçesinde çalışan aile hekimlerinin HYP uygulama puanı ortancası (%25-%75) 10 (0-15), Bayramiç ilçesinde 31 (9-57), Biga ilçesinde 23 (12-50), Bozcaada-Eceabat-Gökçeada ilçelerinde 42 (13-75), Çan ilçesinde 12 (4-15), Ezine ilçesinde 21 (1-39), Gelibolu ilçesinde 36 (0-57), Lapseki ilçesinde 6 (1-27), Merkez ilçede 12 (0-46) ve Yenice ilçesinde çalışan aile hekimlerinin 30 (6-64) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,178, Tablo 16, Şekil 12).

Çalışılan ilçe ile PSM uygulama puanı karşılaştırması için yapılan analize göre Ayvacık ilçesinde çalışan aile hekimlerinin PSM uygulama puanı ortancası (%25-%75) 60 (54-65), Bayramiç ilçesinde 69 (55-92), Biga ilçesinde 62 (54-68), Bozcaada-Eceabat-Gökçeada ilçelerinde 61 (60-67), Çan ilçesinde 62 (56-64), Ezine ilçesinde 48 (31-60), Gelibolu ilçesinde 61 (59-73), Lapseki ilçesinde 60 (51-70), Merkez ilçede 62 (50-76) ve Yenice ilçesinde çalışan aile hekimlerinin 62 (48-80) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,414, Tablo 16, Şekil 12).

Tablo 16 Çalışılan birimin grubuna ve ilçeye göre HYP ve PSM uygulama puanlarının karşılaştırması

Değişken	Sayı	HYP		PSM	
		Ortanca (%25-%75)	p	Ortanca (%25-%75)	p
Birim Grubu					
A	114	15 (0 - 50)		61 (52 - 70)	
B	7	23 (12 - 73)		64 (63 - 88)	
C	1	*	0,453	*	0,308
D	7	0 (0 - 15)		72 (50 - 75)	
E	13	15 (4 - 34)		62 (52 - 68)	
İlçe					
Ayvacık	8	10 (0 - 15)		60 (54 - 65)	
Bayramiç	8	31 (9 - 57)		69 (55 - 92)	
Biga	26	23 (12 - 50)		62 (54 - 68)	
Bozcaada-Eceabat-Gökçeada	6	42 (13 - 75)		61 (60 - 67)	
Çan	12	12 (4 - 15)		62 (56 - 64)	
Ezine	8	21 (1 - 39)	0,178	48 (31 - 60)	0,414
Gelibolu	14	36 (0 - 57)		61 (59 - 73)	
Lapseki	8	6 (1 - 27)		60 (51 - 70)	
Merkez	44	12 (0 - 46)		62 (50 - 76)	
Yenice	8	30 (6 - 64)		62 (48 - 80)	

p: Kruskal Wallis Testi
* İlgili ölçüm ihmal edilmiştir



Şekil 12 İlçelere göre HYP ve PSM uygulama puanlarının karşılaştırması

HYP uygulama puanlarının aile hekimlerinin çeşitli sosyodemografik ve çalışma özellikleri ile karşılaştırılması için yapılan analizlere göre HYP-yaş, HYP-hekim olarak çalışma süresi, HYP-aile hekimi olarak çalışma süresi, HYP-birime bağlı nüfus değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir (Sırasıyla p=0,224, p=0,174, p=0,553, p=451, Tablo 17).

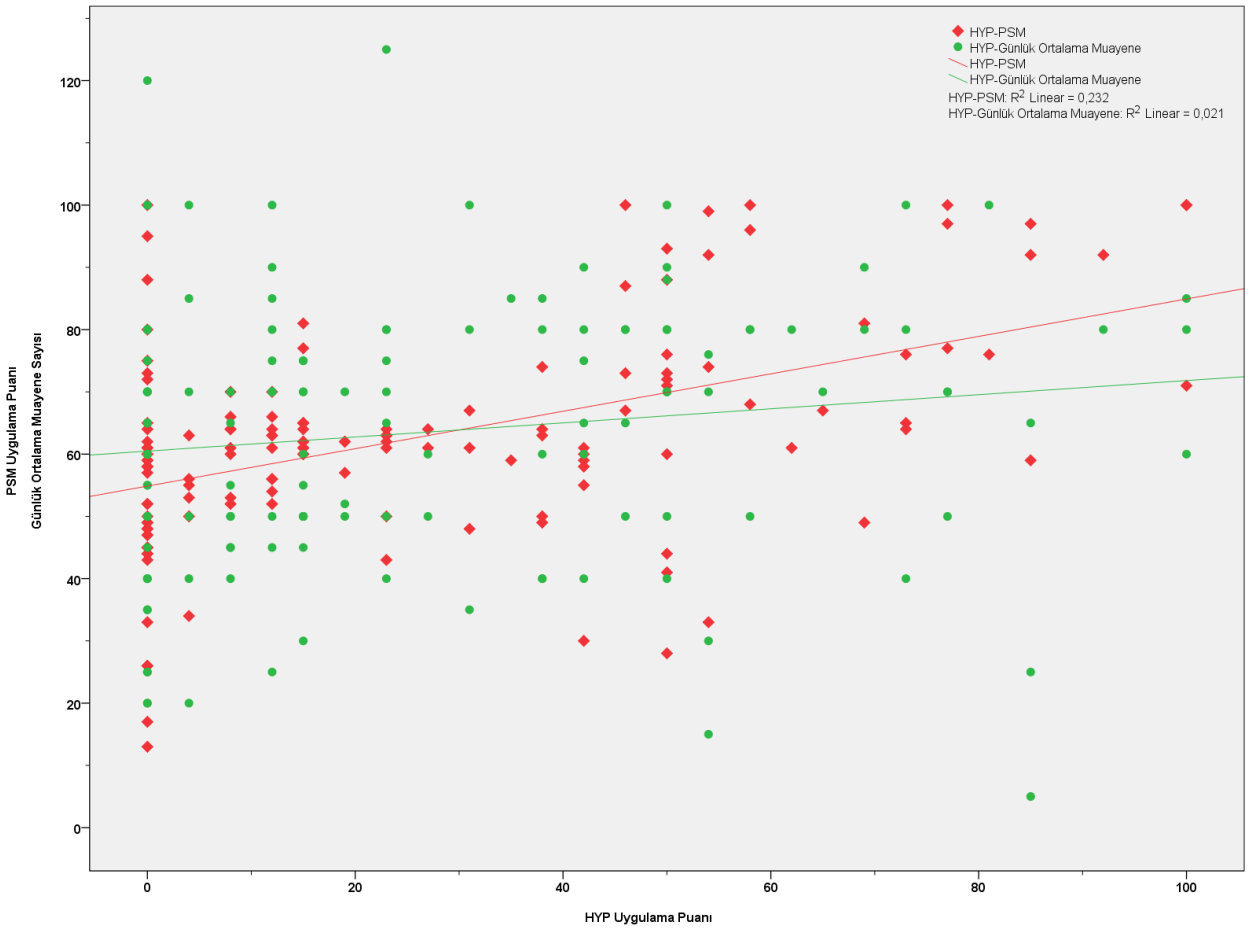
HYP ile günlük ortalama muayene sayısı arasında pozitif yönlü zayıf şiddetli korelasyon tespit edilmiştir. Buna göre günlük muayene sayısı arttıkça HYP uygulama puanı artmaktadır (r=0,201, p=0,016, Tablo 17, Şekil 13).

HYP uygulama puanı ile PSM uygulama puanı arasında pozitif yönlü orta-yüksek şiddetli korelasyon tespit edilmiştir. Buna göre taramalardan birinin uygulaması arttıkça diğeri de artmaktadır (r=0,458, p=0,001, Tablo 17, Şekil 13).

Tablo 17 HYP ve PSM uygulama puanlarının yaş, hekim olarak çalışma süresi, aile hekimi olarak çalışma süresi, birime bağlık nüfus ve günlük ortalama muayene sayısı ile karşılaştırılması

Değişkenler	**HYP**		**PSM**	
	r	**p**	**r**	**p**
Yaş	-0,103	0,224	0,055	0,517
Hekim Olarak Çalışma Süresi	-0,115	0,174	0,057	0,500
Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi	-0,050	0,553	0,087	0,301
Birime Bağlı Nüfus	-0,064	0,451	0,006	0,947
Günlük Ortalama Muayene Sayısı	0,201	**0,016**	-0,009	0,911
HYP	-	-	0,458	**0,001**
PSM	0,458	**0,001**	-	-

p: Spearman Korelasyon Testi



Şekil 13 HYP ve PSM uygulama puanları ile günlük ortalama muayene sayısının karşılaştırılması

4.2. Niteliksel Bulgular

Araştırma kapsamında 5 aile hekimi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Katılımcıların 1'i aile hekimi uzmanıdır ve 2'si merkez ilçede görev yapmaktadır. Görüşmelerin ortalama süresi 38 dakikadır (Tablo 18).

Analizlerin sonucuna göre, her bir katılımcı görüşmesinde ortalama 47,2 kod, ortalama 35,4 paragraf, ortalama 314,2 cümle ve ortalama 3835,6 kelime incelenmiştir.

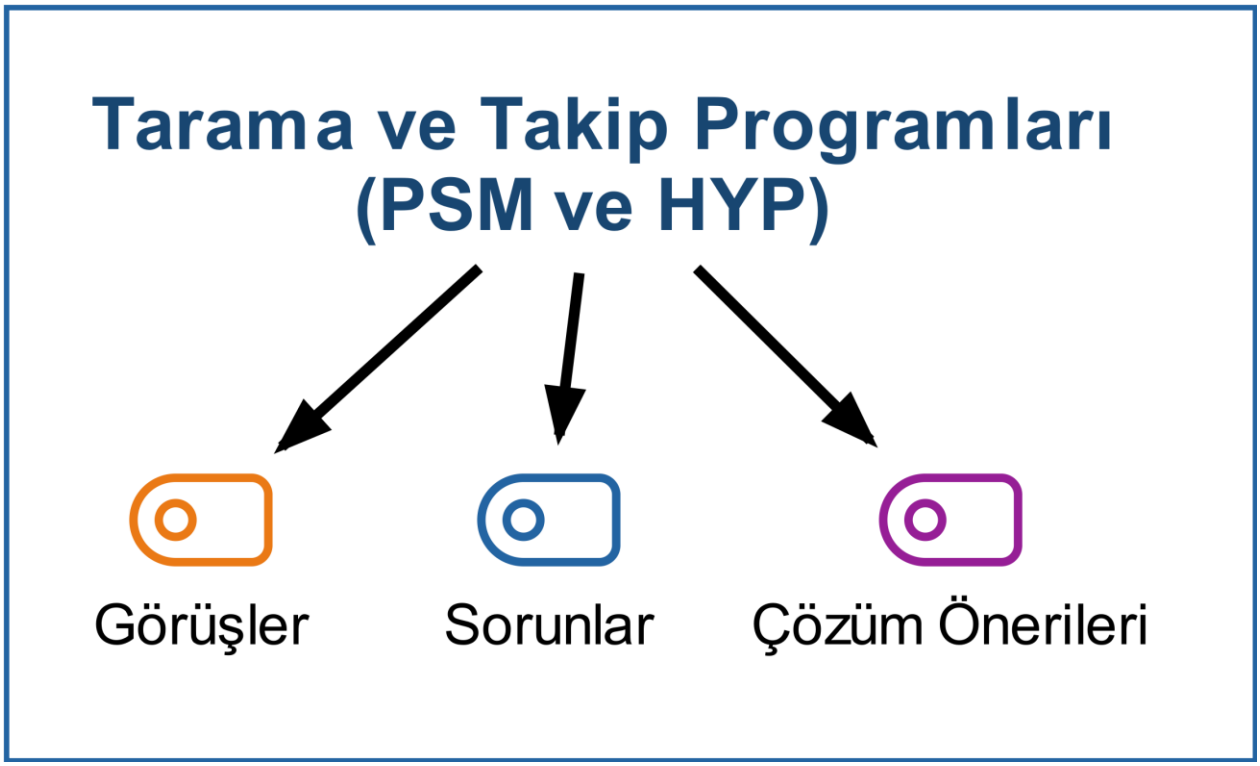
Tablo 18 Katılımcıların temel tanımlayıcı özellikleri

Katılımcı	Uzmanlık Durumu	Görev Yeri	Görüşme Süresi (Dakika)
Katılımcı 1	Aile Hekimi Uzmanı	Merkez	33
Katılımcı 2	Pratisyen Aile Hekimi	Merkez Harici	38
Katılımcı 3	Pratisyen Aile Hekimi	Merkez	33
Katılımcı 4	Pratisyen Aile Hekimi	Merkez Harici	25
Katılımcı 5	Pratisyen Aile Hekimi	Merkez Harici	61

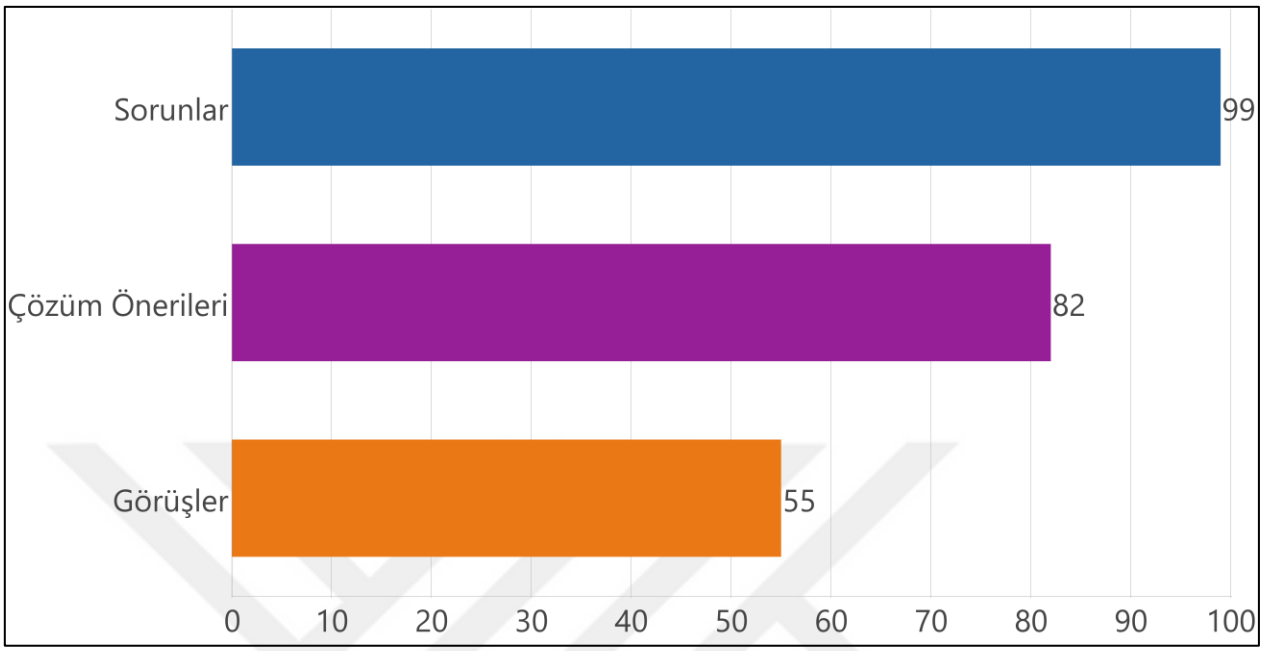
Görüşmelerin analizi neticesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde görüşler, sorunlar ve çözüm önerileri olmak üzere 3 tema belirlenmiştir. Bu temaların görüşmelerde geçme sıklıkları ve görüşmecilere göre geçme sıklıkları tabloda verilmiştir (Tablo 19, Şekil 14, Şekil 15).

Tablo 19 Nitel görüşmelerde belirlenen temalar

Tema	Tekrar Sayısı	Görüşmeci Sayısı
Görüşler	55	5
Sorunlar	99	5
Çözüm Önerileri	82	5



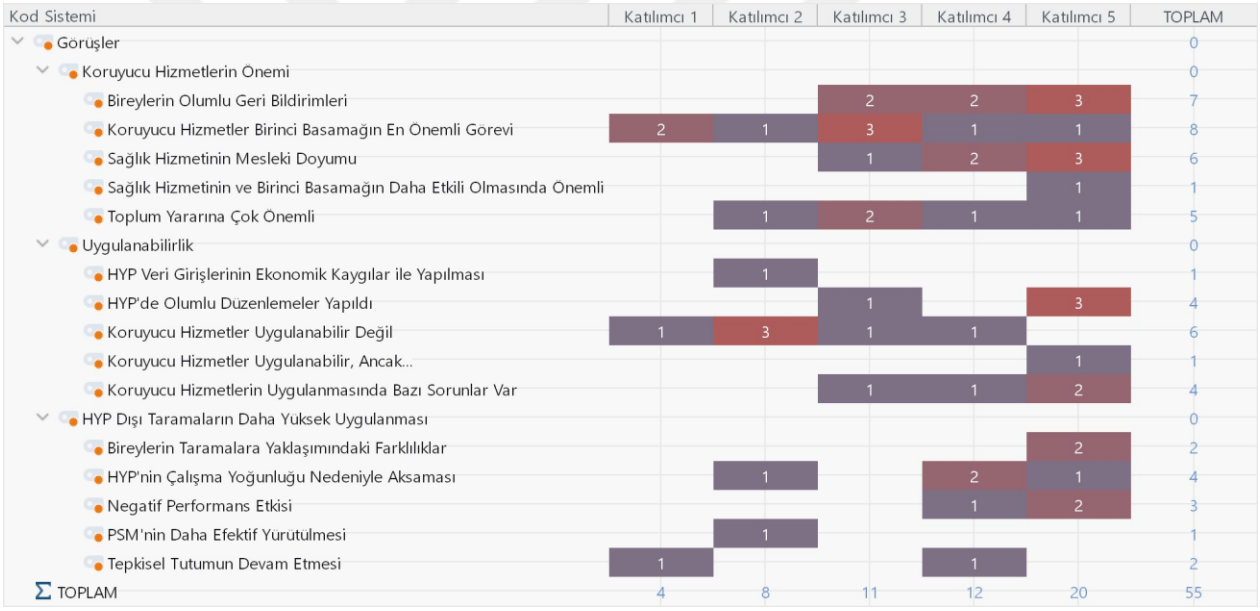
Şekil 14 Nitel görüşmelerde belirlenen temalar



Şekil 15 Belirlenen temaların frekans dağılımı

4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile İlgili Görüşler

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşleri temasına ait alt temalar koruyucu hizmetlerin önemi, uygulanabilirlik ve HYP dışı taramaların daha yüksek uygulanması olarak belirlenmiştir. Bu alt temalardan koruyucu hizmetlerin önemine 5 katılımcı tarafından 27 kez, uygulanabilirliğe 5 katılımcı tarafından 16 kez ve HYP dışı taramaların daha yüksek uygulanmasına 4 katılımcı tarafından 12 kez değinilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşler temasına ait alt tema, kod ve alt kod dağılımı tabloda verilmiştir (Tablo 20, Şekil 16, Şekil 17).



Kod Sistemi	Katılımcı 1	Katılımcı 2	Katılımcı 3	Katılımcı 4	Katılımcı 5	TOPLAM
Görüşler						0
Koruyucu Hizmetlerin Önemi						0
Bireylerin Olumlu Geri Bildirimleri			2	2	3	7
Koruyucu Hizmetler Birinci Basamağın En Önemli Görevi	2	1	3	1	1	8
Sağlık Hizmetinin Mesleki Doyumu			1	2	3	6
Sağlık Hizmetinin ve Birinci Basamağın Daha Etkili Olmasında Önemli					1	1
Toplum Yararına Çok Önemli		1	2	1	1	5
Uygulanabilirlik						0
HYP Veri Girişlerinin Ekonomik Kaygılar ile Yapılması		1				1
HYP'de Olumlu Düzenlemeler Yapıldı			1		3	4
Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir Değil	1	3	1	1		6
Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir, Ancak...					1	1
Koruyucu Hizmetlerin Uygulanmasında Bazı Sorunlar Var			1	1	2	4
HYP Dışı Taramaların Daha Yüksek Uygulanması						0
Bireylerin Taramalara Yaklaşımındaki Farklılıklar					2	2
HYP'nin Çalışma Yoğunluğu Nedeniyle Aksaması		1		2	1	4
Negatif Performans Etkisi				1	2	3
PSM'nin Daha Efektif Yürütülmesi		1				1
Tepkisel Tutumun Devam Etmesi	1			1		2
Σ TOPLAM	4	8	11	12	20	55

Şekil 16 Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşler, alt temalar, kodlar ve alt kodlar



Şekil 17 Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerin kod bulutu

Tablo 20 Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşler temasının alt tema, kod ve alt kodları

Alt Tema / Kod / Alt Kod	Tekrar Sayısı	Görüşmeci Sayısı
Koruyucu Hizmetlerin Önemi		
Bireylerin Olumlu Geri Bildirimleri	7	3
Koruyucu Hizmetler Birinci Basamağın En Önemli Görevi	8	5
Sağlık Hizmetinin Mesleki Doyumu	6	3
Sağlık Hizmetinin ve Birinci Basamağın Daha Etkili Olmasında Önemli	1	1
Toplum Yararına Çok Önemli	5	4
Uygulanabilirlik		
HYP Veri Girişlerinin Ekonomik Kaygılar ile Yapılması	1	1
HYP'de Olumlu Düzenlemeler Yapıldı	4	2
Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir Değil	6	4
Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir, Ancak...	1	1
Koruyucu Hizmetlerin Uygulanmasında Bazı Sorunlar Var	4	3
HYP Dışı Taramaların Daha Yüksek Uygulanması		
Bireylerin Taramalara Yaklaşımındaki Farklılıklar	2	1
HYP'nin Çalışma Yoğunluğu Nedeniyle Aksaması	4	3
Negatif Performans Etkisi	3	2
PSM'nin Daha Efektif Yürütülmesi	1	1
Tepkisel Tutumun Devam Etmesi	2	2

Bireylerin Olumlu Geri Bildirimleri

Katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetleri uygulamalarına, bireylerin olumlu tepkiler verdiğini belirtmiştir. Bireylerin bu hizmetlerin sonucunda sağlıkları ya da hastalıkları ile ilgili sonuçlar alması, bireylerin gözünde aile hekiminin yaptığı işi ve ASM'nin konumunu yükseltmekte ve bu durum sağlık çalışanlarının çalışma motivasyonunu artırmaktadır. Ayrıca bu hizmetler sayesinde, bireyler ASM'leri bir "ilaç tedarik merkezi" olarak görmekten ziyade "sağlık sorunlarının çözüldüğü bir merkez" olarak görmektedir.

Bu kodun arka planındaki yorumlar genel olarak HYP ile ilgili olsa da söz konusu yorumların koruyucu hizmetlerin bütünü ile ilgili olacağı sonucuna varılabilir. Nitekim bireyler aile hekiminin, yaptığı bir işlemi PSM kapsamında mı yoksa HYP kapsamında mı yaptığı ile ilgilenmeyecek, yapılan hizmetin kendisine ne gibi sağlık çıktıları sağladığı ile ilgilenecektir. Ancak HYP'nin yeni bir uygulama olması ve HYP'deki ayrıntılı işlemlerin daha öncesinde uygulanmıyor olması bireylerin bu işlemlerden ayrıca memnun kalmasına neden olmuş olabilir. Hastaların memnuniyetlerinin sonucu olarak da hekimlerin mesleki doyumlarının ve memnuniyetlerinin arttığı sonucuna varılabilir. Nitekim bu kod ile en sık birlikteliği olan kod "sağlık hizmetlerinin mesleki doyumu" olmuştur.

"Ben nüfusumun çoğunu tamamlamıştım orada mesela, ya böyle düzenli bir iş yaptığın zaman hasta da memnun oluyor senden." (Katılımcı 3)

"Yaptığımız hastalardan da ben olumsuz bir geri bildirim almadım. Keyifle ayrılan 'Çok güzel bir hizmetmiş bak, her şeyimize bakıyorlar' şeklinde geri dönüş aldığım da çok oldu. Yani alan razı satan razı şeklinde bir şeyi var bu durumun." (Katılımcı 4)

"Hasta gözünde sorunlarının çözüldüğü ya da sorunlarının tespit edildiği bir yer, hepimiz için aynı şey geçerli, yani gittiğiniz yerde daha kolay ulaşabildiğiniz yerde sorununuz çözülüyorsa bunu tercih ederiz. Hastalar da bunu tercih ediyorlar. Hem de dediğim gibi ya çok şey tabirle kaba tabiriyle söylemek istemiyorum ama RPT (reçete-protokol tekrarı) *merkezi olmaktan öte gerçekten*

muayene olunup bir, takım sıkıntılı sonuçlarının değerlendirildiği, bu sonuçlara karşın doğru tıbbi bilgi veya doğru yönlendirme aldıkları, doğru tedavi aldıkları yer olduğu zaman aile hekimine başvuru da artıyor. Böylece ikinci ve üçüncü basamağa yoğunlaşma, yığılmaların da önüne geçmiş oluyoruz. Yani 'Benim ağzım kuruyordu, ben şeker hastası olabilir miyim?' diye üçüncü basamağa gideceğine önce gelip aile hekimine 'Zaten taramalarımızı yapıyorsunuz' deyip aile hekimine başvuru oranı artıyor. Yani benim kendi hastalarımda da gözlemlediğim şey bu." (Katılımcı 5)

Koruyucu Hizmetler Birinci Basamağın En Önemli Görevi

Katılımcılar, koruyucu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli görevi olduğunu konusunda hemfikirdir. Aile hekimliği sisteminin, koruyucu hizmetler konusunda anahtar bir role sahip olduğu ve bu hizmetlerin yükünün aile hekimlerinde olduğu düşünülmektedir. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde uygulanması hekimlerin mesleki doyumlarını da artırabilir. Koruyucu hizmetler birinci basamağın en önemli görevi koduna en sık eşlik eden kodun "toplum yararına çok önemli" kodu olduğu gözlenmiştir.

"İkincisi en en en önemli kısmı, kronik hastalıklar aile hekiminin en önemli görevlerinden biri. Hatta daha da güncellenmeli bana sorarsanız." (Katılımcı 1)

"Hastalık yönetim platformuyla kronik hasta takibini ben ayrı yerde tutuyorum kişisel olarak. Kronik hasta izlemi yani ikincil koruma, primer koruma, bağışıklama, kronik hastalık izlemi birinci basamağın en önemli görevleri bizim açımızdan. Kronik hastalıkları izlem, izlemeden önce kronik hastalıkların gelişmesini engellemek primerde bizim görevimiz." (Katılımcı 1)

"... birinci basamakta çalıştığımız için de bu işin büyük bir ağırlığı da maalesef ve iyi ki bizim üstümüzde, olumlu ve olumsuz tarafları var." (Katılımcı 2)

"... çünkü bir, bu kişi farkında olmadığım, mesela kontrolsüz bir diyabetle gittiğinde iş işten geçmiş olacak. Yani işte retinopatisi, ne bileyim işte böbreğiyle ilgi sıkıntılar çıkmış olacak. Bizim buradaki asıl vazifemiz zaten koruyucu hekimlik yani, değil mi! O zaman biz bu işi yapalım, daha kaliteli olsun." (Katılımcı 3)

"Taramalar aslında, bence birinci basamağın olmazsa olmazıdır. Kesinlikle, birinci basamağın yapması gereken şeyler, görevlerin arasında önemli yer alıyor." (Katılımcı 4)

"... özünde de zaten hani hitap ettiğimiz nüfus anlamında bu taramaların yapılması gerekiyor." (Katılımcı 5)

Sağlık Hizmetinin Mesleki Doyumu

Katılımcılar, koruyucu hizmetlerin ekonomik getirisinden daha çok mesleki doyumunu önemsediklerini, mesleki doyumun çalışma motivasyonlarını artırdığını ve genel olarak sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırdığını ifade etmiştir.

Mesleki doyumun artmasında, hekimlerin emeklerinin karşılığı olarak hastalarında olumlu sağlık çıktılarını görmeleri olabileceği gibi bu süreçte hastalarından aldıkları olumlu geribildirimler de olabilir. Nitekim sağlık hizmetinin mesleki doyumu koduna en sık eşlik eden kodun "bireylerin olumlu geri bildirimleri" olduğu belirlenmiştir.

"Mesleki olarak bizi memnun eden zaten böyle hastaların, gizli arada kalmış gelmeyen mesela hastalıkların takibini yapmak, hani mesleki olarak hepsinin önüne geçiyor. Pozitif performans falan maddi olarak ne gelmiş ne gitmiş, zaten çok kalemli bir marşımız var; ne aldığımızı ne kesildiğini zor biliyoruz. Ya beni mesleki olarak memnun eden kısım birisine ulaşmış olmak, onun hayatına dokunmuş olmak." (Katılımcı 3)

"Bunları bertaraf edebilirsek, ettirebilirsek, yönetici idareci edebilirse, taramalara daha çok zaman ayrılması sağlanabilirse hem hekim mutluluğu hem hasta mutluluğu artacaktır." (Katılımcı 4)

"Gerçekten bunlarla uğraşsam, geri kalan o ıvır zıvır işlerle -eğitimim gereği- de uğraşmasam, seve seve yaparım; ki bunu yaptığımda kendimde gördüğüm hem yaparken aldığım keyif hem hastadan aldığım geri dönüş beni de şey yapıyor, tetikliyor, çalıştırıyor." (Katılımcı 4)

"... Hem benim hekimlik adına yaptığım işten keyif almamı sağlayan faktörlerden biri haline geliyor hem de vatandaş adına aile hekimliğinin tercih edilebilirliğini -taramaların yapılması bakış açısı adına da- arttırıcı bir faktör olarak düşünmek gerekiyor." (Katılımcı 5)

Sağlık Hizmetinin ve Birinci Basamağın Daha Etkili Olmasında Önemli

Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde uygulanmasının, hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili olmasında hem de sağlık hizmetinin bütününün daha etkili olmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bu koda "bireylerin olumlu geri bildirimleri" ve "sağlık hizmetinin mesleki doyumu" kodları eşlik etmektedir.

"Hasta gözünde sorunlarının çözüldüğü ya da sorunlarının tespit edildiği bir yer, hepimiz için aynı şey geçerli, yani gittiğiniz yerde daha kolay ulaşabildiğiniz yerde sorununuz çözülüyorsa bunu tercih ederiz. Hastalar da bunu tercih ediyorlar. Hem de dediğim gibi ya çok şey tabirle kaba tabiriyle söylemek istemiyorum ama RPT merkezi olmaktan öte gerçekten muayene olunup bir, takım sıkıntılı sonuçlarının değerlendirildiği, bu sonuçlara karşın doğru tıbbi bilgi veya doğru yönlendirme aldıkları, doğru tedavi aldıkları yer olduğu zaman aile hekimine başvuru da artıyor. Böylece ikinci ve üçüncü basamağa yoğunlaşma, yığılmaların da önüne geçmiş oluyoruz. Yani 'Benim ağzım kuruyordu, ben şeker hastası olabilir miyim?' diye üçüncü basamağa gideceğine önce gelip aile hekimine 'Zaten taramalarımızı yapıyorsunuz' deyip aile hekimine başvuru oranı artıyor. Yani benim kendi hastalarımda da gözlemlediğim şey bu." (Katılımcı 5)

Toplum Yararına Çok Önemli

Katılımcılara göre, koruyucu hizmetler hem bireylerin hem de toplumun yararına çok önemlidir, ekonomik olarak önemli bir yatırımdır. Koruyucu hizmetlerin etkin bir şekilde uygulanması maliyet etkin bir durumdur ve kamu yararına önemli çıktıları vardır.

Bu koda en sık eşlik eden kodun "koruyucu hizmetler birinci basamağın en önemli görevi" kodu olduğu belirlenmiştir.

"Ben toplum yararına çok önemli olduğunu düşünüyorum her şeyden önce. Koruyucu sağlık hizmetleri, adı üstünde zaten bir sürü rahatsızlığın çok büyük başa dert açmadan tespit edilmesine, önlenmesine vesile oluyor." (Katılımcı 2)

"Yani biz aile hekimi olarak, birinci basamağı temsil eden, sağlıkta görev yapan personel olarak bence kronik hastalık takibi en önemli sağlıkta hem ekonomik yönden hem hastaya verilecek, geleceğe yönelik çok büyük bir yatırım." (Katılımcı 3)

"Ya bundan devlet de faydalanacak, bu birincil korumanın öneminin farkındalar mı, değiller mi bilmiyorum. Yani ciddi anlamda maliyet etkin bir durum bu, birincil korumada yakalayabilmek hastaları. Keşke bunu görebilseler, buna daha ağırlık verebilseler, birinci basamağı güçlendirseler." (Katılımcı 4)

"... Yani hem de morbid obeze doğru gidişimiz var benim kendi hastalarımdaki kayıtlarımı incelediğimde, kabaca baktığımda insanlarıma. Hipertansiyonları, düzensiz diyabet olduğundan haberi bile olmayan bir sürü hastam var ve bunların hepsi -bu taramalar sayesinde- ben ciddi anlamda vaka yakaladığımı söyleyebilirim." (Katılımcı 5)

HYP Veri Girişlerinin Ekonomik Kaygılar ile Yapılması

HYP uygulamalarında, çalışma yoğunluğu gibi nedenlerle aksamalar yaşandığı; buna rağmen bu taramaların ekonomik kaygılar ile yapılmaya çalışıldığı ve bunun sonucunda da buradaki verilerin çok sağlıklı olmayabileceği düşünülmektedir. Hekimlerin yoğun iş yükü ile beraber koruyucu hizmetleri de sürdürmeye çalışması buradaki işlemlerin de kısa zamanda/hızlıca yapılmasını gerektirir ve bunun sonucunda da söz konusu işlemlerin veri kalitesinin düştüğü düşünülebilir.

"Onun dışında, HYP'nin ise nüfusla ve çalışma yoğunluğuyla ciddi sekteye uğradığını, şu andaki veri girişlerinin tamamen ekonomik kaygılar yüzünden yapılmaya çalışıldığını ve verilerinin de çok sağlıklı olduğunu -çünkü maddi kaygı var işin içinde- açıkçası düşünmüyorum." (Katılımcı 2)

HYP'de Olumlu Düzenlemeler Yapıldı

Katılımcıların koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliği ile ilgili görüşlerinden biri de HYP'de birtakım iyileştirmelerin yapılmasıdır. Bu konuda, HYP uygulamasının ilk tanıtıldığında uygulanmasının bugüne göre oldukça zor olduğu, süreç içerisinde çeşitli iyileştirmelerin yapıldığı ve bu durumun hekimlerin uyumunu artırdığı düşünülmektedir. Bu anlamda hekimlerin yeni ve kapsamlı bir uygulama olan HYP'yi uygulamakta zorlandıkları ancak süreç içerisinde hem hekimlerin uygulamaya alışmasının hem de HYP'de birtakım düzenlemelerin yapılmasının, söz konusu hizmetlerin etkinliğini artırdığı düşünülebilir.

"... Obeziteler (Yardımcı sağlık personelinin boy-kilo ölçümleri) *HYP'ye düşmüyordu. Şimdi HYP'ye düşüyor. Yani ben mesela gireceğim zaman değerlere bakıyorum, 'Ha, hemşire hanım girmiş' diyorum mesela. Şimdi şöyle yaptılar, sistem üzerinden (yardımcı sağlık personelinin) girdikleri obezite (ölçümleri), bizim ekrana düşüyor. O yüzden ben hızlı geçiyorum, kendim girmiyorum. Ayrıca girmediğim için bana zaman kazandırıyor."* (Katılımcı 3)

"Ya belli serzenişlerimiz vardı. Bunlarla ilgili düzeltmeler oldu, artık daha rahat ilerliyor. Daha pratik ilerliyor. Hani ilk başlarda yaşadığımız ilde pek çok kişi yapmamaktayken şimdi çoğunluk yapar durumda." (Katılımcı 5)

"Yani bir örnek vereyim mesela: 24 saatlik idrarda proteinüri girmek zorunluluğu vardı ve bunu birinci basamakta yapabilme olasılığınız yok. İkinci basamağa bunu taşıma kurgulaması yok. Hastaya bunu yapabilme şansımız ne yazık ki yoktu. Yani saha pratiğinde bunu yapabilme olasılığımız olmadığı için ciddi anlamda bizim için bir handicap'tı (engel). Yani hastaya siz '24 saat idrarını topla götür, şu şu hastanede yaptır' gibi bir şey söylemek de çok yerinde bir şey olmayacağı için... Hani örnek olarak bunu verebilirim ki bu bizim için sıkıntılıydı. Bazı verilerin girilmesiyle ilgili ve sistemin ilerlemesi ile ilgili kolaylaştırıcı faktörler vardı. Oluştu daha doğrusu, öncesinde yoktu, oluştu. Ondan sonra HYP'nin yapılabilirliği daha kolay ilerleyebildi." (Katılımcı 5)

Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir Değil

Katılımcıların 4'ü, koruyucu hizmetlerin mevcut iş yükünün uygulanabilir olmadığını düşünmektedir. Burada özellikle hekimlerin iş yükünün fazla olması ve koruyucu hizmetlere gereken zamanın ayrılamaması gerekçe olarak gösterilmektedir. Çalışmamızın birinci aşamasının sonuçlarından, katılımcıların günlük ortalama muayene sayısının 63,5 olduğu ve bu ortalama ile bir hekimin bir hastasına en fazla 7,5 dakika ayırabileceği görülmektedir. Bu hesaplamanın ortalama bir değerde muayene yapan bir hekim için geçerli olduğunu göz önüne almak gerekir. Ortalamadan daha az muayene yapan bir hekim (örneğin 1. kuartildeki) için bu süre 9,6 dakika iken ortalamadan daha fazla muayene yapan bir hekim (örneğin 3. kuartildeki) için bu süre 6 dakikadır. Bu bakış açısı ile bir iş gününde, hekimlerin diğer sorumluluklarının ve muayenelerin yanında koruyucu hizmetlere gereken özeni **gösteremeyip**, zaman **ayıramamaları** şaşırtıcı değildir. Bu kod ile en sık birlikte oluşan kodun "poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu" olması da katılımcıların görüşlerini desteklemektedir.

"Ama programı (HYP) belli hastalıklara yönelik özel proje, yazılım gibi tanımlayabilirim. Mutlaka ki hani izlem konusunda katkıları olacaktır ancak eee, bunu yapacak, bunu izleyecek arkadaşlarla ve birinci basamakla ve birinci basamağın şartlarıyla uyumlu değil. Yapılıyor mu şu an? Yapılmaya çalışılıyor." (Katılımcı 1)

"Ama bu iş, birinci basamakta şu anda, şu anki sistemin emekçilerinin üstünde birazcık daha 'Bir de şunu yapsınlar, bir de bunu yapsınlar, bak bu asıl işleri ama…' şeklinde fazlasıyla yamandığını, dostlar alışverişte görsün anlamında bir hareket olduğunu, çok da efektif olmadığını hakkıyla yapılmadığını ve birinci basamaktaki aile hekimlerinin tek başına bunu yapmasının -açıkçası- mümkün olmadığını -şu andaki çalışma koşulları ile- düşünüyorum." (Katılımcı 2)

"… (PSM ve HYP'nin uygulanabilir olduğunu) Hiç düşünmüyorum. 4000 sayısı bile çok afaki bir sayıdır. Yani günde ortalama benim şişirmeye gerek kalmadan 75 ile 80 arasında polikliniğim var. Yani bir hekimin bu kadar hastaya sağlıklı hizmet verebilmesini, ben çok gerçekçi görmüyorum açıkçası." (Katılımcı 2)

"Bir de diyorsunuz bunun üstüne 'HYP yapın'. Ben zaten rutin kontrollerimi yaparken rutin testlerini istiyorum. Benim o testleri tek tek o ekrandan kaydetmem, ölçtüğüm vitalleri tek tek kaydetmem zaten beni çok fazla yoran bir şey, yani o zamana sahip değilim. Günde bakarım 30 tane hasta, bu dediğinizi yaparım ama ben günde bakıyorsam 70 hasta kimse kusura bakmasın! Bu iş yapılabilecek bir iş olmaktan çıkar, o da sadece kendi hastalarınıza bakıyorsanız. Bir de görevlendirme ile -arkadaşınız tatile gittiyse- günde 150-200 polikliniklerden bahsediyoruz bazı zamanlarda. Nasıl yapacaksınız HYP'yi?!" (Katılımcı 2)

"Arkadaşların yani üstünde suizanda bulunmasam da bu işi yapan birisi olarak bu rakamları tutturanlara inanamıyorum. Yani gerçekçi gelmiyor. Bana gerçekçi gelmiyor. Yani geçmişte kalem aşı diye bir şey vardı. Çok kötü bir benzetme olacak ama yani yapılmamış aşıyı yapılmış göstermek… Yani yapılmadık işi… Hepimizin işi ortada, yani nüfus belli, poliklinik

sayıları belli, zaman belli, mesuliyetlerimiz belli. Yani böyleyken kronik hastalıklarda, yani böyle %80'in üstüne çıkan arkadaşların ekstra akşam gidip evde çalışmıyorlarsa, bunları girmiyorlarsa, bunu yetiştirmelerinin imkanı yok. Yani imkanı yok çünkü bazı rakamlar…" (Katılımcı 3)

Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir, Ancak...

Katılımcılarımızdan biri, koruyucu hizmetlere zaman ayırmak şartıyla bu işlemlerin uygulanabilir olduğunu düşünmektedir. Bu hizmetlerin uygulanabilir olmadığını düşünen katılımcılarımızın da en çok dikkat çektikleri hususun zaman olduğunu düşünüldüğünde her iki görüşün de kendi içinde tutarlı olduğu söylenebilir.

"Uygulanabilir, ancak… Tabii ancak deyince (gülerek) *önceki söylediğiniz değerini kaybediyor. Ancak ve ama'dan öncekiler değersizdir değil, uygulanabilir. Yani şöyle ki buna zaman ayırmak lazım. Buna, ekip olarak zaman ayırmak lazım."* (Katılımcı 5)

Koruyucu Hizmetlerin Uygulanmasında Bazı Sorunlar Var

Katılımcılar, koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliği ile ilgili net olarak olumlu ya da olumsuz şeklinde sınıflanamayacak yorumlar da yapmışlardır. Bunlar arasında bazı teknik sorunlar ve uygulamaların geneli ile ilgili sorunlar yer almaktadır.

"… Kronik hastalık takibini sistematik olarak HYP vasıtasıyla yapmış olmamız güzel ama HYP ile ilgili tabi teknik bazı -bence- sıkıntılar var. Uygulanabilirlik açısından." (Katılımcı 3)

"… Uygulama şekli şemali çok - sadece benim değil bu genel kanı olduğunu düşünüyorum- şey, amatörce kalmış olduğunu düşünüyorum." (Katılımcı 4)

"Hani bazı taramalar biraz daha ağır aksak gidiyor. Yani şöyle ki, özellikle vatandaşımız hani 'Ben bir şeylere baktırmayayım, bir şeylere baktırırsam sorun çıkar' kavramı var onlarda. Hiç benim şikayetim yokken - taramanın ruhuna aykırı bir düşünce belki ama- benim şikayetim yokken ben yaptırmayayım, ya bir şey çıkarsa korkusu var insanımızda, böyle kültürel olarak böyle bir korkumuz var. O yüzden, bazen de bir yetişkin taramalarında böyle bir geri çekilme söz konusu oluyor ama dediğim gibi yavaş yavaş yavaş yavaş birtakım şeyleri aşıyoruz." (Katılımcı 5)

Çalışmamızın birinci aşaması sonuçlarına göre HYP dışı taramalar (PSM), HYP'ye göre daha yüksek düzeyde uygulanmaktadır. Bu durum ile ilgili görüşler "HYP Dışı Taramaların Daha Yüksek Uygulanması" alt teması altında değerlendirilmiştir. Katılımcıların bununla ilgili görüşleri, bireylerin taramalara yaklaşımındaki farklılıklar, HYP'nin çalışma yoğunluğu nedeniyle aksaması, negatif performans etkisi, PSM'nin daha efektif yürütülmesi ve tepkisel tutumun devam etmesi kodları altında değerlendirilmiştir.

Bireylerin Taramalara Yaklaşımındaki Farklılıklar

Bir katılımcıya göre, PSM uygulamalarının HYP'ye göre daha yüksek düzeyde uygulanmasının nedeni bireylerin taramalara yaklaşımındaki farklılıktır. Buna göre bireyler, gebelik ve çocukluk dönemi ile ilgili taramalara daha yüksek düzeyde özen göstermekte; erişkin çağı taramalarının yer aldığı HYP'ye gereken önem ve özeni göstermemektedir. Risk algısı yaklaşımı ve ailelerin çocukları ile ilgili beklenen özen göz önüne alındığında HYP'ye uyum daha düşük olabilir.

"Vatandaşlarımızın öncelikle çocuklarına ilgi ve alakası daha fazla. Yeni doğana yani hani, yeni doğan aşamasından, yeni doğduğunda doğumhanede yapılan Hepatit B'sinden başlayıp topuk kanı taramasına, görme taramasına, işitme taramasına, periyodik bebek izlemlerine kadar devam edersek, öncelikle çocuklarıyla ilgili -her birimiz gibi- çocuklarıyla ilgili bir öneride bulunulduğu zaman, bunu daha fazlasıyla yapma taraftarları. Hani gözlerinden sakındıkları evlatlarında herhangi bir şey çıkmasın diye; ki bu taramalarda hidroselinden inmemiş testisine kadar ya da

clup foot'a kadar pek çok vaka yakaladığımız -kendi adıma hani söylüyorum ki kardiyak üfürümleri vesairelerini hiç söylemiyorum bile- çok fazlasıyla vaka yakaladığımız durum söz konusu. O yüzden insanlar çocuklarıyla çok daha -özellikle sağlıklarıyla- daha fazla ilgileniyorlar. Öncelikle bu." (Katılımcı 5)

HYP'nin Çalışma Yoğunluğu Nedeniyle Aksaması

Katılımcılar, birim başına düşen nüfusun fazla olması ve hekimlerin iş yükünün fazla olması gibi nedenlerle HYP uygulamalarının PSM'den daha az uygulandığını düşünmektedir. Bu kod ile en sık görülen kod birlikteliklerinde "hekimlerin sorumluluğunun fazla olması" ve "negatif performans etkisi" nin yer alması bu görüşü desteklemektedir.

"Onun dışında, HYP'nin ise nüfusla ve çalışma yoğunluğuyla ciddi sekteye uğradığını ... düşünüyorum." (Katılımcı 2)

"İkincisi de dediğim bu şey, işte bu sistemin içindeki diğer işlerle uğraşmaktan ayrıyeten zaman kalmaması olduğunu düşünüyorum." (Katılımcı 4)

"Bu yüzden bunların hepsini bir arada düşündüğümüzde bu taramalar (gülerek) ikinci, üçüncü planda ne yazık ki." (Katılımcı 4)

"Çünkü işte HYP -biraz önce söyledim- pozitif performansa tabi olduğu için yani sanki şöyle gibi: Hani belli bir maaş alıyorsunuz, yapınca 'Aferin!' Başarı primi gibi, çok amiyane bir tabir olacak ama başarı primi gibi düşünüldüğü için, kafamızda böyle canlandığı için biraz daha ötelenip, biraz daha önce diğer işler yapılıp ondan sonra HYP yapılıyor. HYP için -hani mesai içinde, bir mesai gününde- 8 saatin içinde düşünürseniz bütün bunları yetiştirmek çok olasılık dahilinde olmuyor. Yetiştiremiyoruz zaten!" (Katılımcı 5)

Negatif Performans Etkisi

PSM'nin daha yüksek uygulanması ile ilgili bir başka görüş ise PSM'deki taramaların bir kısmının negatif performansa tabii hizmetler olmasıdır. Bu durum da hekimlerin tercih yapmaları durumunda PSM'yi tercih ettikleri sonucunu doğurabilir. Nitekim bu koda en sık eşlik eden kodun "HYP'nin çalışma yoğunluğu nedeniyle aksaması" olması bu görüşü desteklemektedir.

"Ya, onun kesin nedenlerinden biri, en başta olma sebebi, yaptırımının olmaması henüz. Henüz diyorum, ileride olur olmaz, onu göreceğiz. (HYP'de) Negatif performans etkisi yok. Diğer taramalarda negatif performans etkisi var, bilindiği üzere. Bu birinci, en büyük neden." (Katılımcı 4)

"Öncelikle HYP dışındaki taramalar, zaten yetki ve sorumluluğumuzda olan taramalar. Bunların içindeki yeni doğandan alınan topuk kanlarıyla ilgili taramalar vesaire hepsi normal şartlarda yapılıyor; zaten yapılmadığı zaman idari takipler de var. İdareden tarafımıza ulaşılıyor. Bununla ilgili hani kişiye ulaşabileceksek ulaşmamız sağlanıyor ya da bizim ulaşamadığımız yerlerde ise Müdürlük kanalı devreye girip ulaşılmasını sağlıyor bu konuda. Özellikle topuk kanları için %100'e ulaşılmış oluyor genel manada. Onun dışındaki yapmamız gereken çocuk muayeneleri, çocuk izlemleri, vesaireler hem hekimlik sorumluluğu hem de aile hekimliği sisteminin özü bakımından yapmamız gereken sorumluluklar olduğu için genel manada maksimum oranda yapılıyor. Yani bu da maksimum oranda -yönetmelik gereği aile hekiminin %96 üstü- zaten yapılması gereken, ki hem ben hem de diğer arkadaşlar bildiğim kadarıyla bu sayının üstünde zaten yapıyoruz." (Katılımcı 5)

"... Bunun içinde şu da var: Sistemin kurgulanışı gereği öbür taramalar, diğer işlemler, HYP dışındaki aşılar, taramalar, vesaireler hani aile hekimliği sisteminin maaş sisteminde şey, onlar normal performansa (negatif performans) tabi. Onlardaki %96'nın altındaki oranlar maaş kesintileri ile beraber geliyor. HYP, işte hekime maddi olarak biraz önce söylemiştim maddi olarak katkısı anlamında HYP, pozitif performansa tabi olunca hani orada bir şey oluyor. Bazen hekim,

takibinde "Ya, bana bu kadar yeter" diyor veya nüfusu yeterli ise, nüfus anlamında yeterli ise yani "Yapmama gerek yok" kavramı doğabiliyor" (Katılımcı 5)

PSM'nin Daha Efektif Yürütülmesi

Bir katılımcı PSM'deki uygulamaların daha efektif yürütüldüğünü düşünmektedir. Katılımcı, özellikle çocukluk çağındaki periyodik muayenelerinin etkili olduğunu düşünmektedir.

"Onun dışında ikisi de şu anda yürütülmeye çalışılıyor. Türkiye'deki aile hekimliği modelinde -bir hekim olarak ben- mesela periyodik sağlık muayenelerinin, özellikle okullarda yaptığımız okul yaşındaki çocuklarda yaptığımız periyodik sağlık muayenelerinin, daha verimli olduğunu düşünüyorum, açıkçası." (Katılımcı 2)

Tepkisel Tutumun Devam Etmesi

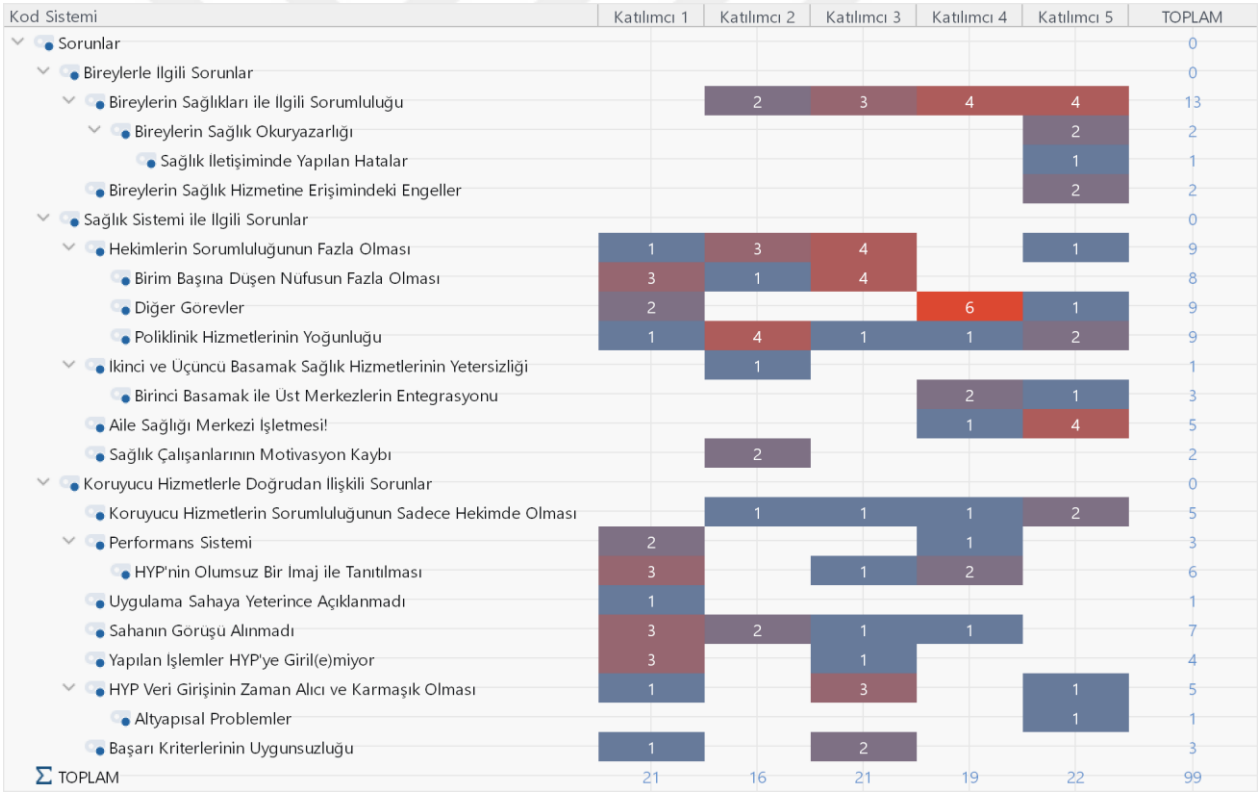
Katılımcılara göre, HYP uygulamasının başlangıcında sağlık çalışanlarında tepki oluşması ve aradan geçen zamana ve yapılan iyileştirmelere karşın, hekimler HYP uygulamasına katılmamaktadır. Nitekim bu kod ile en sık tekrar eden kodun "HYP'nin olumsuz bir imaj ile tanıtılması" olması bu görüşler ile uyumludur.

"Aile hekimliği sistemimiz var ama maalesef hani bu HYP üzerinden gider mi? İnşallah gider. Hani inşallah bu, bu şekilde başarılır ama şu an için aile hekimlerinin yaptığı tek şey sisteme veri girmek. Ha bu çok anlamlı, ben de yapıyorum. Hipertansiyonu giriyorum. Obezitemi giriyorum (Katılımcının burada bahsettiği veri girişi, AHBS'ye yapılan veri girişidir) *ama HYP'ye girmiyorum; bunu tepkisel olarak, HYP'nin bu şekilde -tırnak içinde- olmasından dolayı yapmıyorum. He, o verilerimi alıyorum, ölçüyorum ama HYP'ye girmiyorum."* (Katılımcı 1)

"... Ama bir taraftan da 'Tükürdüğümüzü yalamayalım' diyen hekimlerin olduğunu düşündüğümden, bu oranın ondan dolayı biraz daha az olduğunu düşünüyorum." (Katılımcı 4)

4.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar

Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar temasına ait alt temalar bireylerle ilgili sorunlar, sağlık sistemi ile ilgili sorunlar ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilişkili sorunlar olarak belirlenmiştir. Bu alt temalardan bireylerle ilgili sorunlara 4 katılımcı tarafından 18 defa, sağlık sistemi ile ilgili sorunlara 5 katılımcı tarafından 46 defa ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilişkili sorunlara 5 katılımcı tarafından 35 defa değinilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar temasına ait alt tema, kod ve alt kod dağılımı tabloda verilmiştir (Tablo 21, Şekil 18, Şekil 19).



Kod Sistemi	Katılımcı 1	Katılımcı 2	Katılımcı 3	Katılımcı 4	Katılımcı 5	TOPLAM
Sorunlar						0
Bireylerle Ilgili Sorunlar						0
Bireylerin Sağlıkları ile Ilgili Sorumluluğu		2	3	4	4	13
Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı					2	2
Sağlık Iletişiminde Yapılan Hatalar					1	1
Bireylerin Sağlık Hizmetine Erişimindeki Engeller					2	2
Sağlık Sistemi ile Ilgili Sorunlar						0
Hekimlerin Sorumluluğunun Fazla Olması	1	3	4		1	9
Birim Başına Düşen Nufusun Fazla Olması	3	1	4			8
Diğer Görevler	2			6	1	9
Poliklinik Hizmetlerinin Yoğunluğu	1	4	1	1	2	9
Ikinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği		1				1
Birinci Basamak ile Üst Merkezlerin Entegrasyonu				2	1	3
Aile Sağlığı Merkezi Işletmesi!				1	4	5
Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Kaybı		2				2
Koruyucu Hizmetlerle Doğrudan Ilişkili Sorunlar						0
Koruyucu Hizmetlerin Sorumluluğunun Sadece Hekimde Olması		1	1	1	2	5
Performans Sistemi	2			1		3
HYP'nin Olumsuz Bir Imaj ile Tanıtılması	3		1	2		6
Uygulama Sahaya Yeterince Açıklanmadı	1					1
Sahanın Görüşü Alınmadı	3	2	1	1		7
Yapılan Işlemler HYP'ye Giril(e)miyor	3		1			4
HYP Veri Girişinin Zaman Alıcı ve Karmaşık Olması	1		3		1	5
Altyapısal Problemler					1	1
Başarı Kriterlerinin Uygunsuzluğu	1		2			3
Σ TOPLAM	21	16	21	19	22	99

Şekil 18 Korucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar, alt temalar, kodlar ve alt kodlar



Şekil 19 Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların kod bulutu

Tablo 21 Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar temasının alt tema, kod ve alt kodları

Alt Tema / Kod / Alt Kod	Tekrar Sayısı	Görüşmeci Sayısı
Bireylerle İlgili Sorunlar		
Bireylerin Sağlıkları ile İlgili Sorumluluğu	13	4
Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı	2	1
Sağlık İletişiminde Yapılan Hatalar	1	1
Bireylerin Sağlık Hizmetine Erişimindeki Engeller	2	1
Sağlık Sistemi ile İlgili Sorunlar		
Hekimlerin Sorumluluğunun Fazla Olması	9	4
Birim Başına Düşen Nüfusun Fazla Olması	8	3
Diğer Görevler	9	3
Poliklinik Hizmetlerinin Yoğunluğu	9	5
İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği	1	1
Birinci Basamak ile Üst Merkezlerin Entegrasyonu	3	2
Aile Sağlığı Merkezi İşletmesi!	5	2
Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Kaybı	2	1
Koruyucu Hizmetlerle Doğrudan İlişkili Sorunlar		
Koruyucu Hizmetlerin Sorumluluğunun Sadece Hekimde Olması	5	4
Performans Sistemi	3	2
HYP'nin Olumsuz Bir İmaj ile Tanıtılması	6	3
Uygulama Sahaya Yeterince Açıklanmadı	1	1
Sahanın Görüşü Alınmadı	7	4
Yapılan İşlemler HYP'ye Giril(e)miyor	4	2
HYP Veri Girişinin Zaman Alıcı ve Karmaşık Olması	5	3
Altyapısal Problemler	1	1
Başarı Kriterlerinin Uygunsuzluğu	3	2

Bireylerin Sağlıkları ile İlgili Sorumluluğu

Katılımcılara göre, sağlık sisteminde yaşanan sorunların önemli bir nedeni bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğunun yetersizliğidir. Sağlık sorumluluğunun sadece sağlık çalışanına veya devlete ait olamayacağı belirtilmiştir. Bireylerin sorumluluğunun az olmasından dolayı da koruyucu hizmetlere uyumun düşük olduğu belirtilmiştir.

Aile hekimliği sistemi ve hekimlerin mevcut iş yükü göz önüne alındığında, bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğunun olmaması/yetersiz olması bu yükümlülükleri sağlık çalışanlarının üzerine aktaracaktır; nitekim ifadeleri incelendiğinde, hekimler bu baskıyı hissetmektedir. İncelenen koda en sık eşlik eden kodun "koruyucu hizmetlerin sorumluluğunun sadece hekimde olması" olması bu görüşü desteklemektedir.

"Bir defa, çok fuzuli sağlık kurumlarına başvuru var. Ve siz buna (bireyleri) ortak etmeniz lazım. Sağlık sorumluluğu sadece devlete ait bir sorumluluk değildir. Sağlık sorumluluğu sadece sağlık personeline ait bir sorumluluk değildir. Ben ona anlatmakla mükellefim, çağırmakla mükellefim, bilgilendirmekle mükellefim ama hastaya veya kişiye kendi sağlığıyla ilgili sorumluluk verilmediği takdirde, politikalar tamamen ekonomik ziyan olacaktır. Başka bir şey olmayacaktır." (Katılımcı 2)

"Şimdi, mesela bu sistem (HYP) güzel revize edilmiş. Mesela hastayı SMS ile yönlendirebiliyorsun ama SMS sisteminin tam bir işlevsel durumu yok çünkü ulaşmıyor. Hasta, ya telefonunu güncellemiyor -çünkü mesajın gidip gitmediği belirsiz- mesaj gitse bile bize geri dönüt olarak işte 'Evet, beni aile hekimim çağırıyor' diye gelen hasta görmedim ben. Ben bu sistemi denedim, SMS gönderdim, gittiğini umarak yaptım ama hiçbiri 'Ya, SMS geldi bana, ben işte kontrole geldim' şeklinde olmuyor. Ya bizim samimiyetimizi anlayıp bu hasta bize güveniyor, samimiyetimize inanıyor, bize yardımcı oluyor. Biz de bu şekilde işimizi yapıyoruz. Yani biz ona -hastaya- yardım etmeye çalışırken sistemin işlevliği için hasta bize yardım ediyor. Yani burada bir sorumluluk olması lazım." (Katılımcı 3)

"Burada sadece çalışana sorumluluk verilmesi yetersiz, anlamsız. Hastaya da sorumluluk verilmesi, yaptırım uygulanması, gerektiğinde yaptırım uygulanması gerektiğini düşünüyorum. Ha, bu ne olur? İşte SGK'nın kesilmesi mi olur 6 ayda bir gitmezsen birtakım yaptırımlar mı olur bilmiyorum. Bizim derneklerimiz, federasyonlarımız var. Onlardan bir görüş alınarak, sahadan görüş alınarak bir şey çizilmesi, yol haritası, çizilmesi gerektiğini düşünüyorum." (Katılımcı 4)

"Bir engel de -sadece aşılamalar ve çocuk izlemleri için söyleyeyim- aşılamaların ve izlemleri yaptırmamanın sadece hekim ve aile sağlığı elemanına -ne yazık ki- negatif etkisinin olması. Bunun hastaya hani maddi manevi herhangi bir, ıı ek külfet yüklememesi… Yani sen taramanı yaptırmadın, çocuğunun aşısını yaptırmadın, çocuğun işte ona bağlı olarak hasta olursa sosyal güvencenin karşılamaması gibi mesela… Yani çocuk özelinde düşününce çok gaddarca bir kavram gibi gelse de aileleri bir şekilde yaptıklarından ve yapmadıklarından mesul hale getirmek gerekiyor, belli oranlarda. Bunu, şöyle bir -sadece pozitif olarak- destekleyen bir şey var: Sosyal yardımlaşmaya ve dayanışma. Hani sosyal güvencesi olmayan, muhtaç ailelerde şey yapıyor, aşılama ve izlemleri tam yaptırırlarsa -3 aylık, 6 aylık belli periyotlarda işte- bir destek parası veriyor ama bu çok önemli bir miktar değil. Bazıları hani zaten o sorumluluklar hekimde olduğu için ya da aile hekimliği sisteminde olduğu için zaten yapılıyor. Hani bir şekilde defalarca aranarak defalarca davet edilerek yapılıyor. O kişiler bunun sorumluluğunu taşımıyorlar. Bu yüzden de bir sıkıntı doğabiliyor. Benim kendi hastalarımda da 'Eşim sigortalı işe girdi, artık ben mama parası almıyorum, getirmeyeceğim çocuğumu' diyen kişilerim bile oldu." (Katılımcı 5)

"HYP özeline gelirsek, HYP özelinde de aynı şey -aslında- söz konusu. Bu taramaların sorumluluğunun sadece hekimde olması… Mesela siz, eee kanser taramanızı yaptırmadınız, belli tahlillerinizi tetkiklerinizi yaptırmadınız -işte diyabet taramanızdan tutun kardiyovasküler taramanıza kadar- yaptırmadığınız zaman hipertansiyon taramanız yaptırmadığınız ve kontrollere gitmediğiniz zaman gelişebilecek komplikasyonlardan kişileri herhangi bir şekilde sorumlu tutarsak, herhangi bir şekilde onlara da belli bir yükümlülük verirsek, kişilerin yaptırma motivasyonlarını arttırıcı bir şey olacak. Çünkü yaptırmamak onlara da bir negatif bir etki getirecek. Ama yapmak ve yaptırmak o kişilerin özelindeki yaptırdıkları şey, sadece hekime ve aile

sağlığı çalışanına pozitif bir şekilde etki edince -vatandaş herhangi bir yük hissetmediği için- bunu yaptırmak istemeyebiliyor." (Katılımcı 5)

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı

Bir katılımcımıza göre bireyler taramaların önemini ve faydalarını tam olarak anlayamamıştır; bu durum da koruyucu hizmetlere uyumu azaltmaktadır. Aile hekimleri, kişileri bu konuda bilgilendirse bile bazı hastalarda uyum artırılamamaktadır. Bu koda "bireylere sağlıkları ile ilgili sorumluluk verilmesi" öneri kodu eşlik etmektedir.

"Daha önce söylediğim gibi, 'Ya, ben kanser taraması yaptıracağım şimdi -işte mesela kolon kanseri taraması- yaptıracağım. Gaitada gizli kan pozitif çıktı. Hadi bakalım benden kolonoskopi istediler; ben yaptırmayacağım' diyor hasta. Ya da pek çok serviks kanseri için tarama önerdiğim kadının yaptığı: 'Şimdi benim şikayetim yok, yaptırırsam, ya bir şey çıkarsa.' Ama onu da işte 'Ya bir şey çıkarsa, zaten bir şey çıkarsa'sı bu işin yapılmasının sebebi. 'Bir şey çıkarsa çözümü erken aşamada olsun, sen sağlığına ilerlemeden -yani bir problem olmadan- kavuşasın, sağlıklı şekilde hayatını devam ettiresin diye yapıyoruz' diyoruz. Ancak bazılarında etkili oluyor; bazılarında etkili olmuyor. Yani böyle bir şey var ama kişilere sorumluluk yüklenmesi lazım bir." (Katılımcı 5)

Sağlık İletişiminde Yapılan Hatalar

Bir katılımcımıza göre, COVID-19 pandemisi döneminde sağlık iletişiminde yapılan hataların sonucunda bireylerin aşılama hizmetlerine uyumu azalmıştır. Bu düşüncelerden hareketle gerek medyada gerek sosyal medyada sağlık iletişimi tekniklerine uymadan yapılan açıklamalar ve öneriler, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine uyumu konusunda önemli bir risk teşkil edebilir.

"Yani, yüzde onlar civarına gelmiş bir aşı karşıtlığını düşünürsek, ki bu, işte pandemi döneminden sonra gerek sosyal medyada gerek bazı televizyonlarda, adı hekim olan veya hekim

olmayan bazı şahıslar tarafından, aşılar hakkında yapılan söylemlerle beraber, bu ne yazık ki Corona aşısı için söyledikleri söz ya da Corona için ifade ettikleri şey halk tarafından bütün aşılardaymış gibi algılanmaya başlanıyor. Bu da yani artan aşı karşıtlığına sebep oluyor ve işte aşı karşıtlığını artırıp aşılamanın başarısını ve aşılama oranlarımızı düşürüyor." (Katılımcı 5)

Bireylerin Sağlık Hizmetine Erişimindeki Engeller

Bir katılımcımıza göre koruyucu hizmetlerde yaşanan sorunlardan biri de bireylerin sağlık hizmetine erişiminde sorunlar yaşanabilmesidir.

"Bir de bazı -benim kendi mobil hizmetime gittiğim yerler çok uzak değil, ulaşımları çok kolay ama- bazen ulaşımı zor olan, günde bir tane arabası veya işte bir gelişi, bir gidişi olan yerler var. Buralardaki izlemlerin yapılması, aşılamalarının yapılması bazen aksayabiliyor. Ulaşım ve biraz sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimiyle aşılabilecek durumlar diye düşünmek lazım engellerimizi." (Katılımcı 5)

Hekimlerin Sorumluluğunun Fazla Olması

Bu kod altında, hekimlerin sağlık sistemindeki sorumluluklarının fazla olması ile ilgili olan ve bu kodun alt kodlarına (birim başına düşen nüfusun fazla olması, diğer görevler, poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu) dahil edilemeyen ifadeler incelenmiştir.

Katılımcılar, koruyucu hizmetlerde ve genel olarak sağlık hizmeti sunumunda, hekimlerin sorumluluğunun çok fazla olduğunu düşünmektedir. Bu durum hekimlerin oldukça yoğun bir tempoda çalışmasına neden olmaktadır. Söz konusu çalışma yoğunluğunun önde gelen sebepleri arasında, birim başına düşen nüfusun fazla olması; hekimlerin, doğrudan sağlık hizmet sunumu olmayan diğer görevleri ve poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu yer almaktadır. Bundan dolayı da hekimlerin koruyucu hizmetlere gereken zamanı ve işgücünü ayıramadıkları belirtilmiştir.

"Diyelim ki birinci basamağın taşıyacağı iş yükü A4 sayfası mı? Bu artık A3 oluyor, A2 oluyor, A1 oluyor. Yani gittikçe, yeni gelen her şey yani, bunu da bizim sağlık sistemimizde kim yapar, aile hekimi yapar. Kim yapar? Yardımcı sağlık personeli yapar. Yani 2010 yılında başladığımdaki sorumluluklarımla -hekim olarak- şu andaki sorumluluklarım arasında dağlar kadar fark var. Dağlar kadar fark var! Yani aşı dolabının -gece üçte elektrik kesintisi sonrasında- jeneratörün devreye girmesinde veya girmemesinden dolayı sorumlu tutulabiliyorum ben; bakımını yaptırdığım halde, niye çalışmadı diye. Bilmiyorum ki! Yani bilmiyorum! Ben jeneratör şeysi değilim ama bakımını yaptırmışım, parasını vermişim, adam gelmiş kaşeyi vurmuş. O zaman açacaksın davayı devlet olarak. Hani tabii, yani 'Doktor halletsin, ben doktora keseyim faturayı.' Yani doktor iyi çalışsın." (Katılımcı 2)

"... Bunun gibi neler var! Hepsi böyle üst üste biniyor, biniyor, biniyor ve yukarıya çıkıyor." (Katılımcı 2)

"Zaten şu anda birinci basamak en fazla örselenmiş ve en fazla -maalesef- son 10 yıl içerisinde unutulmuş bir şey oldu, basamak haline geldi. Dolayısıyla hekimler her gelen yeni günde yeni bir uygulamayla, yeni sorumluluklarla, yeni yaptırımlarla karşılaşıyorlar." (Katılımcı 2)

"... Zaman belli, mesuliyetlerimiz belli." (Katılımcı 3)

"Bahsettiğim bütün hepsinden hekim olarak bizler sorumluyuz. Yani işletmenin idari işlerinden, yani hepsinden bir sorumluyuz. Hepsini bir şekilde çözmek durumundayız ve bunu izlemler, muayeneler, danışmalar, raporlar ve işte yapmamız gereken taramalar ve ekstra bunu hani -pozitif performansa tabi olduğu için HYP'yi ayırarak söyleyeyim- HYP'den zaman ayırarak zaman bularak yapmak durumundayız. Ha bu bütün bu işlemleri yapacağız. Çünkü işte HYP -biraz önce söyledim- pozitif performansa tabi olduğu için yani sanki şöyle gibi: Hani belli bir maaş alıyorsunuz, yapınca 'Aferin!' Başarı primi gibi, çok amiyane bir tabir olacak ama başarı primi gibi düşünüldüğü için, kafamızda böyle canlandığı için biraz daha ötelenip, biraz daha önce diğer

işler yapılıp ondan sonra HYP yapılıyor. HYP için -hani mesai içinde, bir mesai gününde- 8 saatin içinde düşünürseniz bütün bunları yetiştirmek çok olasılık dahilinde olmuyor. Yetiştiremiyoruz zaten! Hani o yüzden de pek çok hekim arkadaş kayıtlarını tutup -düzenli bir şekilde kayıtlarını tutup- ilgili şeylerini, zorunlu olan bütün bilgileri alıp -bunda egzersiz bilgisinden kalp krizi geçirip geçirmediğine, sigara bilgisine, boy, kilo, tansiyon, bel-kalça çevresi gibi bilgiler- alınıp, kaydedilip ondan sonra ekstra zamanlarda giriliyor yani. Ya esnek mesai -burada esnek mesaide hasta başvuru sayısı daha az olduğu için- arkadaşlar ya esnek mesaide giriyor ya mesai sonrası giriyor bu verileri ya da hani elimize aldığımız verileri aynı odamızda bir yandan da aile sağlığı elemanı arkadaş giriyor. Ama hani yok mudur belki vardır, hastayı karşısına oturtup baştan sona muayenesini ya da işte kronik kullandığı, sürekli kullandığı ilaçlarını yazıp, RPT'sini yapıp ondan sonra danışmanlığını verip, HYP'sini aynı anda yapıp çıkartabilen, kapıdan çıkartabilen hepsini bir anda yapıp çıkartabilen bir hekim arkadaş sanmıyorum ki, yani bir elimin parmaklarını geçmez, Çanakkale ilinde bildiğim kimse de yok bu arada; onu da söyleyeyim yani, o da ayrı bir mevzu çünkü." (Katılımcı 5)

Birim Başına Düşen Nüfusun Fazla Olması

Katılımcılara göre, koruyucu hizmetlerin uygulanmasındaki önemli engellerden birisi de birimlerine kayıtlı nüfusun fazla olmasıdır. Bu durumun sonucu olarak hekimlerin günlük muayene sayıları ve dolayısıyla da iş yükleri artacaktır. Sonuç olarak da hekimlerin -özellikle HYP olmak üzere- koruyucu hizmetleri uygulama düzeyleri düşük olmaktadır.

"Bizim -aile hekimleri olarak- bakanlıktan net talebimiz şuydu: Nüfusların düşürülmesi. Mevcut hak edişlerin, örneğin tavan nüfusunuz 4.000 iken -2.500 veya ülke şartlarına göre 2.700- bu ilerleyen dönemde sistemin ve maliyenin elverdiği kadarıyla düşürülüp, dengelenip, hani dünyayı tekrar keşfetmeye gerek yok. Bu sistemi -aile hekimliği sistemini- en iyi uygulayan veya en iyi sağlık verilerini alan ülkelere bakıp döneceğiz. Kaç ortalamayla yapıyorlar? Ülke gerçekleriyle örtüştürmeye çalışıp o orana düşeceğiz. … Bana kalırsa, aile hekimliği birimi başına düşen nüfusu azaltıp, aile hekiminin hak kaybını sağlamadan, bir sağlık sistemini inşa etmeye çalışmak şu anki yapılan çoğu işleme göre maliyet etkin olacak. Yapmamız gereken, Bakanlıktan talep ettiğimiz

şuydu: Nüfusları düşürüp kronik hastalık izlemlerinin, verilen görevlerin ya da hasta yönetimini yapabilecek makul sayıyla bu işlemleri yapmamız. Ama Bakanlık bunu piyasa koşullarına bıraktı, dedi ki 'Ben yeni, sıfır birimler açıyorum. Senin nüfusunu düşürmüyorum. Tavan ücret ödemeni 4.000'den 2.700'e de düşürmüyorum. Ama sıfır birimleri açarak ben, senin ortalama nüfusunu düşüreceğim, sen de HYP yaparak eskiden 4.000'din, sıfır birimler açıldı, 3.200'e düştün ama sen 3.200 iken HYP yap, ben yine sana 4.000 maaşı vereyim.'" (Katılımcı 1)

"Bir de aile hekimleri sayısının artırılması lazım. Yani bu nüfusla olmaz, mesela 2.400 nüfusun olsa 2.400-2.500 hedef bir nüfus olmuş olsa bunlar daha kolay olur. Ben daha önce düşük nüfuslu bir birimde çalıştım. Nüfusum öyleydi, ben kanser taraması da yapıyordum, smear alıyordum, cuma günü öğleden sonralarımı boşaltmıştım mesela. Benim hastam, dışarıdan gelen bir hasta da değildi işte oranın yerli insanı; çok nadir böyle gelen giden oluyordu. Öyle olunca bende liste vardı, alfabetik mesela işte diyelim ki [soyisim] soyisimliler… İşte çağırıyorum, 'Ya, şunu da tanıyor musun?' … Biz cuma günü öğleden sonraları smear'a ayırmıştık. Smear yapıyorduk mesela. Haftalık 4-5 tane smear'ımız oluyordu. Ben nüfusumun çoğunu tamamlamıştım orada mesela." (Katılımcı 3)

"Bu sistem güzel. Şimdi bu sistem güzel bir sistem. Hani bizim işimizi -aslında- çok güzel kolaylaştıracak bir sistem ama bu hasta sayısı ile kesinlikle olacak bir işlem değil." (Katılımcı 3)

Diğer Görevler

Katılımcılar, doğrudan sağlık hizmeti olmayan çok fazla görevlerinin olduğunu düşünmektedir. Bunlar arasında ASM'lerinin fiziki şartlarıyla ilgili işlemler, çalıştırdıkları personellerle ilgili işlemler, idare tarafından talep edilen -istatistik bilgiler gibi- birtakım evraklarla ilgili işlemler yer almaktadır. Bunun yanında çeşitli şekillerde ve gerekçelerde aile hekimlerinden talep edilen ve mevzuatta karşılığı olmayan sağlık raporları da hekimlerin iş yükünü artıran nedenlerdendir. Hekimliğin bir sanat ve zanaat olduğu, aile hekimlerinin -diğer hekimler gibi- oldukça yoğun çalıştığı göz önüne alındığında bahse konu görevlerin hekimlerimiz için yorucu, dikkat dağıtıcı ve motivasyon kırıcı olması beklenebilir. Ayrıca bireylerin -yukarıda bahsedilen- rapor taleplerinin karşılanmamış olması da hasta ile hekimi karşı karşıya getirebilir, aile hekimlerinin motivasyonunu kırabilir; daha da kötüsü sağlıkta şiddet olaylarına sebep olabilir.

"En önemli diğer kısım, aile hekimliği yaparken mesleki bir sürü göreviniz yanında bir sürü idari göreve de maruz kalıyorsunuz. X Toplum Sağlığı Merkezinden (TSM) yazı geldi, Y kişisi aranıyor bilgisini ver, Z kişisinin sağlık raporunu düzenle, X kişisinin (gülerek) satranç oynayabilir -Allah'tan kaldırıldı- raporunu düzenle gibi gibi gibi ek bir sürü görevle uğraştırılacağı yerde aile hekimleri, çok daha efektif bir şekilde belki bu haliyle değil ama kronik hastalıkların takibi, izlemi, tedavisi, (vurgulu bir ses ile) önlenmesi -en önemlisi- amacıyla kullanılabilir." (Katılımcı 1)

"... Şöyle bir şey düşünüyorum, bu aile kimliği işletme olarak çalışıyor, aile sağlığı merkezleri. Öyle olunca bu işletmenin birtakım külfetleri oluyor. O külfetleri de düşünmek aile hekimini yıldıran şeyler. Yani bu, mekanın kiralanması olabilir, mekan bulma olabilir. ..." (Katılımcı 4)

"Gereksiz iş yükünde, yani ilçe sağlık müdürlüklerinin (İSM) talepleri, birtakım talepleri, zaman alıcı talepler, mesela istatistiki bilgileri her ay her ay bizden toplamaları, bunların içinde bizden aylık istedikleri aylık çalışmalar var, kanser tarama verileri isteniyor, aşılama istatistikleri

isteniyor. Bunları biz zaten sisteme giriyoruz. Aile hekimliği programlarımız var. O sistemden rahatça çekilebilse, bu işle ilgilenecek personeller olsa…" (Katılımcı 4)

"… Onun SGK ödemeleri, ileride bu kişi emekli olacaksa bunun tazminatı… Bunlar hekimi ciddi yoran şeyler. Bunu kim ödeyecek? Ya, çok belirsizlik var. Kafamızda bunları düşününce işimize odaklanmakta güçlük çekiyoruz" (Katılımcı 4)

"Aile hekimliğinin içerisinde biz, hem temizlikten sorunluyuz, mutemetlik -bir bakıma- yapıyoruz. Bir bakıma idari amirlik yapıyoruz. Bunun yanında hekimlik yapıyoruz, ayniyat yapıyoruz. Yani bu işlerle birlikte bunları düşündüğümüzde bayağı bir şey aslında, zaman alıcı şeyler. Bunların yanında bu taramaları yapmak yani hepsini bir arada yapabilmek gerçekten zorlayıcı. Primer olarak bunları ben gönülden yapmayı isterim. Gerçekten bunlarla uğraşsam, geri kalan o ıvır zıvır işlerle -eğitimim gereği- de uğraşmasam, seve seve yaparım; ki bunu yaptığımda kendimde gördüğüm hem yaparken aldığım keyif hem hastadan aldığım geri dönüş beni de şey yapıyor, tetikliyor, çalıştırıyor." (Katılımcı 4)

"Bizim uzun zamanımızı -HYP yapılmasındaki, işlerdeki en çok zamanımızı- HYP demeyeyim yani polikliniğimizdeki bizi oyalayacak işlerin başında raporlar geliyor. Raporlar yani onlar da raporların %90'ı Sağlık Bakanlığıyla alakası olmayan kurum ve kuruluşların raporları ne yazık ki, yani bir kreş işte çocuğu ishal oldu, bulaşıcı olmadığına dair belge istiyor veliden. 'Aile hekiminiz bu belgeyi versin' diyor. Mevzuatta olmayan, şeyde olmayan raporlar talep ediliyor ya da bu işte bu raporlar hani sizin verebileceğiniz kapsamın dışında olanları kişiye anlatmak ve bunu ikna etmek çok zaman alıyor, çok yorucu oluyor. Bu sefer motivasyonunuz kalmıyor. Bu da hani HYP'nin yapılmasına engel durumlardan biri. Sadece raporlar değil de gereksiz zaman kayıpları, gereksiz bedenen ve zihnen yorgunluklar. O yüzden de işte hep söylüyorum, HYP böyle kayıtları tutulup mesaiden sonraya kalma durumunda." (Katılımcı 5)

Poliklinik Hizmetlerinin Yoğunluğu

Katılımcılar poliklinik hizmetlerinin yoğunluğundan dolayı koruyucu hizmetlere gereken önemi ve zamanı veremediklerini düşünmektedir. Hekimler, çalışma sürelerinin büyük bir çoğunluğunu poliklinik hizmetlerine ayırdıklarını ve bundan dolayı da ya koruyucu hizmetlere zaman ayıramadıklarını ya da koruyucu hizmetler için mesai saatleri dışında zaman ayırdıklarını belirtmektedir. Bu durum da hekimlerin koruyucu hizmetleri uygulama düzeyinin düşmesine neden oluyor olabilir. Nitekim bu koda en sık eşlik eden kodlar "koruyucu hizmetler uygulanabilir değil" ve "taramalar için bir zaman tanımlanması" öneri kodu olmuştur. Hekimlerin, ifade ettikleri gibi mesai saatleri dışında koruyucu hizmetlere zaman ayırmaları -bir nevi çalışmaya devam etmeleri- pozitif performans uygulamasından dolayı olumlu ekonomik çıktılar verebilir ancak fiziksel ve mental olarak olumsuz etkilenmelerine de neden olabilir.

"... Onlara HYP'nin H'sinden bahsedemezsiniz çünkü adamlar günde 100 poliklinik yapıyor." (Katılımcı 1)

"4.000 hastaya kadar bakar. Hangi hastaya bakar, 4.000 hastaya kadar alır? Yani burada bakacağınız şey sizin: Bir hekimin insan gibi kaç hastaya bakabileceği. Bunu ortaya koymadan, 4.000 kişiyi nüfusa göre şu kadar doktor var; böldük, 4.000 kişi baksa işte doktor sayısı kurtarır. Olmuyor, olması da mümkün değil. Ve bizi özellikle bu randevu konusunda daha da kilitlediler. Çünkü artık hastaneye gidemeyen herkes muayene olmak için -ölecek mi bu insanlar?- birinci basamağa geliyor. Yani '40 tane hasta bakarım, daha fazlasına bakmam' diyebiliyor ikinci basamaktaki bir hekim, ki haklıdır. Saatte 6 tane bakıyor, 10 dakikada bir. 8 saat çalışıyor. 6 kere 8, 48. Yani bunun 48 kişiyle sınırlandırabiliyorsanız; poliklinik girişi var, çıkışı var, şudur budur 40'tan fazla hasta çoğu hekim almıyor. Birisi 40 hasta almazken ötekisi bir günde 70 hasta bakıyorsa bir sıkıntı vardır bu işte. Ya çok fazla talep var ya fuzuli başvuru var ya da gerçekten bir şeyler eksik kalıyor. İş gücü eksikliği, yeterli değil." (Katılımcı 2)

"… Günlük hasta sayımız keza… Yani bildiğim tanıdığım 170-180 hasta bakan yerler var. Zaman zaman benimde 120-130 baktığım oldu. Ortalama belki 60-70 ama bu ciddi bir Avrupa ortalamasının çok çok üstünde bir rakam. E, böyle olunca da üstünkörü bir şey oluyor, hizmet oluyor. Bunun için ne yapılabilir? İşte -ne yazık ki- hekim sayımız burada sıkıntılı, yani neresinden tutarsan elinde kalacak bir sistem var ama ideal yollarına hekim sayısını ideal pozisyona, aile sağlığı merkezini ideal sayıya ulaştırıp, yine ideal sayıda bir muayene sayısıyla şeyi dengelemek; periyodik muayeneleri öne alıp, birincil korumaya önem vermek orada işte." (Katılımcı 4)

"Pek çok hekim arkadaş gibi ben de mesai dışında zaman ayırıyorum. Mesai saatleri dışında zaman ayırıyorum ona. Ben gelen hastanın gerekli tahlilini, takibini yaptıktan sonra gerekli ölçülerini gerekli bilgilerini alıp mesaiden sonra bu verileri ancak sisteme girebiliyorum. Ancak vakit bulabiliyorum. Hekimlik pratiğinde hani yer yer değişiyor, ortalama 20 poliklinik yapan hekim arkadaşlar da var 110-120 poliklinik yapan arkadaşlar da var. Ortalama kendi polikliniğim 80 ve üstü ve bunun %50'sinin üstü primer muayene olduğu için HYP'ye zaman -hani o an için hasta girdi her şeyini birebir- zaman ayırma şansım yok. Ama ne oluyor? Gerekli danışmanlıklar, gerekli bilgiler veriliyor. Ondan sonrasında zaten hastaların kayıtları, kullandığı ilacı vesaire her türlü bilgisi elimin altında; gerekli ölçümleri boyu, kilosu, tansiyonu, kronik hastalık sorgulanmaları hemen bir şeye, özel [yazılım adı] formatında bir şey hazırladık, buna kaydediliyor. Ondan sonra bunları peyderpey giriyoruz. Pek çok, pek çok hekim aynı şeyi yapıyor. Yani başka, çünkü ekstra zaman ayırmadan bunu girebilme şansımız yok yani." (Katılımcı 5)

İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği

Bir katılımcımıza göre, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta yoğunluğu bulunmaktadır ve bu durum da koruyucu hizmetleri uygulayabilmek için birinci basamaktan ikinci ve/veya üçüncü basamağa sevk edilmesi gereken hastaların işlemlerinde aksamalara neden olacağı gibi üst merkezlerdeki hasta yoğunluğu daha da artıracaktır.

"... [Hastane adı] hastanesinde insanlar 15-20 gün sonrasına randevu bulamıyorlar. Yani siz taramayı birinci basamaktan üst basamağa sevk ettim. Yani olmaz, yani burada sistemde bir sıkıntı var. Bakın siz, ikinci basamak kendisini çeviremiyorken bir de birinci basamağı sevk etmeye kalktığınız zaman -bu sevk %5 olsa bile- yani ikinci basamağa gidenlerin üstünde de bir +%5 koyduğunuzu düşün. İyice çözülmez bir hale getireceksiniz. Bir şeyler yine zor olacak." (Katılımcı 2)

Birinci Basamak ile Üst Merkezlerin Entegrasyonu

Bu kod, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ile ilgili bir kod olmakla birlikte ayrı bir alt kod olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar birinci basamak ile üst basamakların entegrasyonunun yetersiz olduğunu düşünmektedir. Katılımcılara göre, özellikle koruyucu hizmetler gereği sevk edilen hastaların, üst merkezlerdeki işlemleriyle ilgili bilgi almakta sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca HYP sisteminin sadece birinci basamakta çalışan hekimlere tanımlanmış olması, birinci basamak ile üst basamakların bilgi alışverişini önemli ölçüde kısıtlamaktadır.

"Hani yani benim gördüğüm şöyle, birinci basamakta bu HYP sistemi hazırlanmış. Hastalık yönetim platformu içinde bir yönlendirme, sevk şeyleri var. Açıklamalar, sütunlar, sevk gereklidir, fizyoterapiste gereklidir falan gibi ama bunun karşılığı ikinci üçüncü basamakta bildiğim kadarıyla yok. Çünkü HYP sadece birinci basamağa açılmış, bilmiyorum anlatabildim mi. Yani onun ikinci üçüncü basamamak karşılığı yok, öyle olunca da iş biraz tepetaklak gidiyor. Dediğim gibi hasta giderse yönlendirdiğimiz sözel yönlendirme oluyor. Sistem üstünden bir yönlendirme yok. Aslında demek istediğim o sistem (HYP) üstünden yönlendirebilsek, hastanın sorumluluğu olsa, kafamdaki sistematik bu. Hastanın sorumluluğu olsa, sistem üstünden yönlendirebilsek, oradaki o entegre sistemden hekim de görebilse, ona göre tedavisini düzenleyip tekrar bizdeki takiplere devam edebilsin." (Katılımcı 4)

"He, burada bizim birinci basamak olarak eksikliğimiz, sevk ederken sözlü olarak 'Sen hadi bir dahiliye git' demek yerine yazılı olarak vermek gerekiyor. Ama bunun yazı olarak ya da daha da güzeli -elektronik sistem kullanıyoruz artık- elektronik sistem üstünden ben sevkini göndereyim. Hekim arkadaşım görsün, hekim arkadaşım bunun altında notunu yazsın. Ben göreyim. Bu sistemi entegre edebilmeliyiz ama şu yakın gelecekte bekliyor musun dersen çok beklemiyorum çünkü her birimiz farklı bir AHBS programı kullanıyoruz. Hastaneler şu anda bildiğim kadarıyla ilimizde [yazılım adı] kullanıyorlardı, bildiğim kadarıyla. O sisteme bizim sistemimiz entegre değil, birbiriyle direkt ilintili olmadığı için o notları göremiyoruz. Ancak (muayeneyi yapan hekim) muayeneyi hastanın e-nabız'ına gönderecek -o da bazen düşmeyebiliyor, geç düşebiliyor- oradan göreceğiz. Oradan alacağız ama e-nabız'daki şey, benim en azından muayene bilgisi ya da diyelim ki dahiliyeye yönlendirdim, dahiliyeci arkadaşın bu sevk sonucunda bulduysa bir hastalık bulgusu ve önerilerini ben kendi sistemime çekip kaydedemiyorum. İşte, dahiliye doktoru, tıkı tıkı tıkı, Ali Veli'nin önerisiyle diye sistemime düşmüyor. Yani onu ben görebilmeliyim. Keşke görebilsem; daha ruhuna uygun, amaca uygun hizmet edecek. Çünkü bu sefer kişinin tedavi planlaması, mesela dahiliyeci arkadaş -kolesterolü, lipit profili yüksek çıkmış- 6 ay sonra bir lipit profili kontrolü önermiş ya da 3 ay sonra önermiş ya da önce egzersiz önermiş sonra ilaç başlamış. Bunu yani hastane içinde sadece kendi özelinde görüyorlar, il içinde görebiliyorlar. Hani hepimizin aynı sistemde görebilmesi lazım. Hastanın ekranında, bana yani özellikle hekimin önerileri, hekimin notları bana düşmesi lazım. Benim notumda, sevk ettiysem şu şu sebeple diye bana düşmesi lazım ki ben görebileyim, ben bileyim ki hastanın tedavisini hekim arkadaşım ne şekilde yönlendirmiş ne demiş ne dememiş, hastam gitmiş mi? Yani bak şimdi hastam gitmiş mi? Onu bile göremediğim için. Ancak hastanın izniyle e-nabız'ına bakıyorsunuz; e-nabız'ında 'Evet ya, gitmiş dahiliyeye'. Ama ne diye gittiği de belli değil. Belki de başka bir sebeple gitti. Senin sevkinin sonucunda gidip gitmediğini de bilmiyorsun. Hele ki daha önce kronik hastalığı var, sen bir şey, ekstra bir şey buldun. Bununla beraber gönderdin. Bunun sonucu bile çıkmıyor sana. Yani o yüzden ikinci basamakla birinci basamağın entegrasyonu daha iyi olmalı. Yani bilgilerimizi birbirimizle paylaşabilmeliyiz. Hekimler olarak birbirimize dönüş yapmalıyız. Dönüşlerimizin sağlıklı olması lazım. O notlarımızın sağlıklı olması lazım. Ama ikinci basamaktaki arkadaşların da iş yükü çok çok fazla, farkındayım. Yani ziyarete gittiğimde ya da kendim hasta olup gittiğimde bile o kalabalıkları gördükçe, hekim arkadaşların da belli şeyleri girip sisteme cevaplamaları çok zor

oluyor. Ama biliyorum ki, ikinci basamaktakilerin (sorunların) büyük çoğunluğu birinci basamağı güçlendirince, birinci basamaktaki problemlerin çözülebilirliğini artırdıkça, kişilerin kafasında birinci basamağın yerini daha iyi oturttukça, ikinci basamağın yükü azalacak. O zaman da bana dönüşler artacak, hepsi birbirine girift bir problem yumağı. Yani peyderpey bir şekilde çözmemiz gerekiyor." (Katılımcı 5)

Aile Sağlığı Merkezi İşletmesi!

Katılımcılarımızın bazıları, görüşmeler esnasında ASM'leri işletme olarak nitelendirmiştir. Bu durumun nedeni sorulduğunda ise ASM'lerin kiralamasını, içindeki tıbbi malzemeleri, tıbbi olmayan malzemeleri ve elektrik, su ve internet faturası gibi ödemeleri kendilerinin yaptığını belirtmiştir. Bu durumda da çalıştıkları ASM'yi bir işletme olarak değerlendirmektedirler. Yukarıda belirtilen işlemlerin muhteviyatı değerlendirildiğinde sağlık hizmeti ile doğrudan ilişkisinin olmadığı görülecektir. Hekimlerin halihazırda koruyucu hizmetlerdeki ve tedavi hizmetlerindeki iş yükü göz önüne alındığında bu işlemleri bir sorun olarak görmeleri şaşırtıcı değildir. Nitekim, bu koda en sık eşlik eden kodun "hekimlerin sorumluluğunun fazla olması" kodunun alt kodu olan "diğer görevler" olması da bu görüşü desteklemektedir.

"... Şöyle bir şey düşünüyorum, bu aile kimliği işletme olarak çalışıyor, aile sağlığı merkezleri. Öyle olunca bu işletmenin birtakım külfetleri oluyor. O külfetleri de düşünmek aile hekimini yıldıran şeyler. Yani bu, mekanın kiralanması olabilir, mekan bulma olabilir. ..." (Katılımcı 4)

"İşletmeyi neden dedim? Çünkü aile sağlığı merkezi bir... Evet ben, müdürlüğün tahsis ettiği bir aile sağlığı merkezinde -bina olarak- ailesi sağlığı merkezinde çalışıyorum ama oraya bir kira veriyorum. Yani kanun gereği kiraladığım yer benimdir. Benim özelimde bir işletmedir artık. Elektriğine parasını ben veriyorsam, suyuna parasını ben veriyorsam, çalıştırdığım personelin parasını ben veriyorsam, her türlü kanalizasyon tıkanmasından çatı akmasına kadar her şeyden ben mesulsem, kağıdından tuvalet kağıdına kadar, glikometre strip'ine kadar,

hemoglobin strip'ine kadar, pansuman malzemesine kadar ben mesulsem; bu benim işletmemdir. Tabii ki diyebilirsiniz ki ya da sistem olarak denilebilir ki 'Bununla ilgili gider yardımı -ASM gider yardımı (mevzuattaki tanımına göre aile sağlığı merkezi gider ödemesi)- *sınıflamaya göre a sınıfı, b sınıfı, c sınıfı, d ve sınıfsız olarak alıyorsunuz, alınıyor' derseniz; evet, alınıyor ama yapılan işlerin her birini kalem kalem altına koyun, alt alta koyup bu işlere minimum tutarda -piyasada, dışarıda- yaptırmaya kalktığınız zaman kaç katı ücret vermeniz gerektiğini takdir etmek lazım. Hani bunlara bir şekilde, belki şeydir benim hocalarım 'Hekimler zeki insanlardır ve problemleri pratik olarak kolayca çözerler' diyordu. Çoklu problemi beraberce çözebilme yeteneğinden geliyor galiba bu, burayı idare edebilmemiz ama işletme kavramı bütün hepsinden her şeyden mesul olduğumuz içindir yani. Hani ama böyle olmasa aile sağlığı merkez yürür mü derseniz kesinlikle yürümez, (vurgulu) kesinlikle yürümez."* (Katılımcı 5)

Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Kaybı

Bir katılımcımıza göre hekimler büyük sıkıntılar ve tükenmişlik yaşamaktadır; bu ve benzeri durumlar/sorunlar da hekimlerin farklı ülkelere çalışmak için gitmek istemelerine ve beyin göçüne neden olmaktadır.

"Ki hekimlerin zaten tükenmişliğinden, pandemi sonrasında 'Çok teşekkürler' denilip de unutulmasından gayri ben hala sağlık sisteminde çok büyük sıkıntılar yaşadıklarını düşünüyorum. Bütün sağlık çalışanlarının mutlu olmadığını düşünüyorum. Herkes yaptığı işi maksimum özeni göstererek yapmaya çalışıyor. Gayretle çalışıyor ama motivasyon gerçekten zor bir şey. Yani bir insanın koşa koşa işe gidebilmesi lazım." (Katılımcı 2)

"Şimdi her girdiğinizde -en basitini söyleyeyim- e-nabız'a, en son muayeneniz çıkıyor. 'Doktoru puanlamak ister misiniz?' Acaba doktor da hastaları puanlamak ister mi? Neden gidiyor işte hekimler? Bunun için gidiyor. İçim gidiyor bu duruma." (Katılımcı 2)

Koruyucu Hizmetlerin Sorumluluğunun Sadece Hekimde Olması

Katılımcılar, koruyucu hizmetlerin sorumluluğunun sadece hekimde ve yardımcı sağlık personelinde olduğunu düşünmektedir. Bu durumun sonucu olarak da gerek pozitif performansa gerekse de negatif performansa tabii olan koruyucu hizmetlerin yaptırımları hekimlere uygulanmaktadır. Bundan dolayı da hekimler, koruyucu hizmetleri uygulayabilmek için öncelikle hastalarına ulaşmaya, sonrasında ise bu işlemleri yapmaya zaman ve emek harcamaktadır.

Mevcut şartlar itibariyle iki türdeki performans sisteminde -hekime olan yaptırımı açısından- önemli farklılıklar olduğunu düşünüyoruz. Pozitif performansa tabii olan hizmetler için yaptırımlar bir nebze tahammül edilebilir olsa da negatif performansa tabii olan hizmetlerde hekimlere ciddi ekonomik yaptırımlar uygulanmaktadır. Ayrıca koruyucu hizmetlerin yapılmamasından doğacak olası bir tıbbi olumsuzluktan da hekimler sorumlu tutulmakta ve çeşitli idari ve hukuki yaptırımlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bunlardan dolayı da hekimler, yapılmamış bir koruyucu hizmette kendilerinin bir ihmalinin bulunmadığını belgelemek/belgeleyebilmek için çeşitli bürokratik süreçleri işletmek durumunda kalmaktadır. Örneğin adres değişikliği yapmış ve aile hekimliği birimi kaydını yeni taşındığı adrese taşımamış bir birey için hekimin, öncelikle bu taşınma durumunu tespit etmesi gerekmektedir; daha sonra bu birey için göç tespit tutanağı düzenlemesi ve bu durumu kanıtlamak için de mahalle muhtarından yokluk belgesi alması gerekmektedir.

Hekimlerin mevcut iş yükü ve çalıştıkları ASM'deki sorumlulukları göz önüne alındığında, hastalarının kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluğunun olmamasını, etkili ve verimli bir sağlık hizmetinin önünde bir engel olarak görmeleri olağandır. Nitekim incelenen bu koda en sık eşlik eden kodun "bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğu" kodunun olması yukarıdaki görüşleri desteklemektedir.

İncelenen bu kod, "bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğu" kodu ile kavramsal olarak benzerlik gösterse de gerek muhteviyatı gerekse de katılımcıların bu konular ile ilgili detaylı yorumları dolayısıyla ayrı bir kod olarak değerlendirilmiştir.

"İkincisi, siz sağlık sorumluluklarını sadece hekime veya sağlık çalışanına yükleyemezsiniz. Siyasi risk oluşturacak diye özellikle. Yüklediğiniz zaman da hekimi ve sağlık çalışanı -yani hemşire

ise hemşire ebe ise ebeyi- zor duruma sokarsınız. Nasıl sokuyorsunuz? Mesela bizim hemşiremiz ve biz aile hekimleri çoğu zaman -hafiye gibi- aşı zamanı gelen çocukların peşlerine düşüp, değişmiş telefon numaralarını tespit edip, ulaşamayıp, muhtardan nereye taşındıklarına dair resmen hafiyecilik oynuyoruz. Şimdi siz bunu o kadar hızlı büyütüyorsunuz ki bu 40 tane bebek yerine 4.000 kişiye yayıyorsunuz bunu; 'HYP yapacaksın.'" (Katılımcı 2)

"... Biz de bu şekilde işimizi yapıyoruz. Yani biz ona -hastaya- yardım etmeye çalışırken, sistemin işlevliği için hasta bize yardım ediyor." (Katılımcı 3)

"Sorumluluk yok, hastanın sorumluluğu yok. Yani maddi manevi hiçbir sorumluluğu yok. Gelirse, yakalarsak biz eksik gediğini tanımlıyoruz. Yani asgari şartları -en azından sistemin istediği- geldiği anda tamamlayabilirsek -tabi o da saydığım hasta yükü sayısının içinde- yapabilirsek yapıyoruz. Onun dışında 'bir daha ne zaman gelirse' diye dönüyor." (Katılımcı 4)

"... Aşılamaların, izlemlerini yaptırmamanın sadece hekim ve aile sağlığı elemanına -ne yazık ki- negatif etkisinin olması. Bunun hastaya hani maddi manevi herhangi bir ek külfet yüklememesi..." (Katılımcı 5)

Performans Sistemi

HYP uygulamaları, performans sistemine dahil edildiklerinde ilk önce negatif performans şeklinde uygulanmıştır. Bu durum da ilgili dönemde aile hekimlerinin tepkisini çeken bir uygulama olmuştur.

Bir katılımcıya göre HYP uygulamalarındaki sorunlardan biri de HYP'nin negatif performans ile uygulamaya geçmesi ve negatif performans uygulamasının yeniden getirilme ihtimalidir. Bir başka katılımcımızın, farklı bir konudaki sözlerinde de negatif performansın yeniden getirilmesi ihtimali dikkat çekmektedir.

"… (HYP'nin) Girişinin aile hekimleri açısından negatif performans üzerinden yapılarak gelmesi en büyük dezavantajı oluşturdu." (Katılımcı 1)

"… Hatta şöyle bir korku yaratabilir: Negatif performans tekrar gelir mi?" (Katılımcı 1)

"Ya, onun kesin nedenlerinden biri, en başta olma sebebi, yaptırımının olmaması henüz. Henüz diyorum, ileride olur olmaz, onu göreceğiz…" (Katılımcı 4)

HYP'nin Olumsuz Bir İmaj ile Tanıtılması

Katılımcılar, HYP uygulamasının negatif performans ile tanıtılmasının ve uygulamaya geçmesinin HYP uygulamaları için önemli bir sorun olduğunu düşünmektedir. HYP'nin bu şekilde uygulamaya başlamasının birinci basamak hekimleri ve meslek örgütlerinin tepkisini çektiği belirtilmiştir. Bu tepki neticesinde hekimlerin bir kısmı HYP'yi uygulamamaktadır. Ayrıca COVID-19 pandemisi -ve ilgili dönemdeki yoğun/zorlu çalışma şartları- sürecinin hemen akabinde HYP uygulamalarının başlaması hekimlerin motivasyonunu olumsuz etkilemiştir.

"Şimdi, bu diğer HYP ise ilk başlarda bir negatif performans pozitif kazanç üzerinden bir giriş yaptı gündemimize. Bakanlık, bunu da COVID'in en yoğunluğunu azalttığı, hani biraz COVID sürecinden çıkmaya çalıştığımız bir süreçte, küt diye yaptı. Bu, bir kere ürküttü birinci basamağı. Yapılış şekline ve performans… İlk ay bordromuzda HYP nedenli kesintiyle başladık." (Katılımcı 1)

"Negatif performansla geldi. Açık bir şekilde, aile hekimleri olarak, birinci basamak olarak, 'Bunun negatif performansta yürütülemeyeceğini, bunun kitlesel bir şekilde yayılacağını ve bunun HYP programını komple bitireceğini' bildirdik. Bu konuda eylemsellik kararları aldık. Bakanlığı bilgilendirdik ve bu, bu şekilde ilk kesintiler de yapılarak, ikinci ay o kesintiler geri iade edilerek gündemimize girdi. Tamam, bu bizim 2010'dan beridir gündemimizdeydi çeşitli şekillerde

ancak uygulamanın girişi böyle olunca bu, aile hekimleri açısından bir negatif görüntü oluşturdu." (Katılımcı 1)

"Şimdi bununla ilgili, mesela bir pilot uygulama yapılmış, işte çok iyi yanıtlar olmuş diye, biz bu HYP'yi ilk Bakanlık [sosyal medya platformu ismi] üzerinden bir eğitim düzenledi. İlk HYP'ye girmeden önce, böyle çok zamansızdı. Başlangıcı çok zamansızdı. O tartışılmaz yani." (Katılımcı 3)

"Güçlü veya değil bir şekilde bir tepki doğdu aile hekimliği şeylerince federasyonları, derneklerince. Öyle bir şey olunca hani sonradan bu işe girenler hakikaten 'Pozitif tarafını alalım, bundan faydalanalım' diyenler var ama bir taraftan da 'Tükürdüğümüzü yalamayalım' diyen hekimlerin olduğunu düşündüğümden, bu oranın ondan doğayı biraz daha az olduğunu düşünüyorum." (Katılımcı 4)

Uygulama Sahaya Yeterince Açıklanmadı

Bir katılımcımıza göre, HYP programı, programın gerekçesi, beklenen çıktılar ve başka ülkelerde yapılan benzer uygulamaların sonuçlarının neler olduğu birinci basamak sağlık çalışanları ile paylaşılmamış; uygulama sahaya yeterince anlatılmamıştır.

"En önemli problemlerimizden biri, bunun alt yapısını net bir şekilde bize gösterecek, programı net bir şekilde şekillendirecek bilimsel veri birinci basamakla paylaşılmıyor. Yani bir, biz bunu niye başlattık? İki neyi bekliyoruz? Kronik hastalıklarla ilgili ne gibi katkıları olacak bize? Uygulanan ülkelerde ya da örneklerde ne tür veriler elde edilmiş? Amaçladığımız ne? Bunlarla ilgili netlik yok. Bir kere bunları bir netleştirip, bunu uygulayacak, bu programı yönetecek hekimlere, hemşirelere, birinci basamağın sağlık çalışanlarına bunun önemi ilk önce bir anlatılmalı." (Katılımcı 1)

Sahanın Görüşü Alınmadı

Katılımcıların sıklıkla dile getirdiği konulardan biri de koruyucu hizmetler ile ilgili planlamalarda/kararlarda sahada çalışan aile hekimlerinin veya birinci basamak meslek örgütlerinin görüşlerinin alınmamasıdır. Katılımcılar, sahanın görüşünün alınmamasının, koruyucu hizmet uygulamalarının etkinliğini azalttığını ve hekimlerin uygulamaya uyumunu azalttığını düşünmektedir. Bir görüşe göre de sahadaki hekimlerin görüşleri alınsa bile bu görüşlerin değerlendirilmesi yapılmamaktadır. Ayrıca bu koda en sık eşlik eden kodun "koruyucu hizmetler ile ilgili güncel şartların değerlendirilmesi" öneri kodu olduğu gözlenmiştir.

"Siz, bu görev tanımlamalarıyla ilgili maç oynanırken ani bir kural kararı çıkartıp, değişikliği yapıp -ki bunu da o kişiye negatif bir şekilde yansıtmanız, bu işin bir boyutu ama- daha önemli bir boyutu: Birincisi bunun iyi anlatılması, bu politikanın iyi özümsenmesi gerekiyor. Biz makine değiliz. Sağlık çalışanları da böyle makine gibi sizin emir direktif yöntemlerinizle… Bu sağlık sistemi böyle bir sistem değil, böyle olduğunu düşünüyorlar, inanıyorlar belki ama böyle değil. Bu, kişi özelinde de çok büyük etkisi olan bir iş. Örneğin ben aile hekimliği yaparken, benim bu aile hekimliğini özümsemem, hastalarımla olan iletişimim, grup çalışmasına olan katkım, uyumum… Yoksa bu ödeme sözleşme yönetmeliğinde ya da 657 ile net tarif edilebilip %100 çözümlenecek bir şey değil. Anlatabildim mi? Yani hani bazı zamanlar 'Doktorluk sanattır' dediğimizde, biraz bir böbürlendiğimizi düşünüyorlar ama hekimlik bir sanat, bu işi götürebilmek bir sanat, hani yani bu sadece tek taraflı, bir sağlık idaresinin net 'Şunlar, şunlar, şunlar, yapılacak' ile yapılabilecek bir şey değil." (Katılımcı 1)

"Bu, böyle tepeden gelme 'Hadi HYP yapın. Program şu, boy kilo ölçüyoruz, tansiyonları ölçüyoruz. Hadi sisteme giriyoruz' ile yönetilip yapılacak bir iş değil bence. Bir kere, bir, bu hastalıklarla ilgili net bir politika oluşturulmalı, net görüşler oluşturulmalı, hedefler konulmalı. Nasıl ki biz aşı, bağışıklamada en iyi OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü) *sonuçlarına ulaşmaya çalışıyoruz. %99 aşı bağışıklığı oranlarına ulaştık. Niye? Bunun önemi yıllar yılı sadece aile hekimliği de değil, aile hekimliğinden önceki sağlık ocağı sisteminde, te 74'teki Alma Ata'ya kadar git, hani o*

sosyalizasyon 60'lardaki, onların hepsinin sonucuyla biz şimdi %99'lu bağışıklamalara ulaştık. O köy köy gezmeler... Aşılama programlarıyla hani şu an onların meyvesini yiyoruz ki bu bile kaç yılı aldı?" (Katılımcı 1)

"Bunun dışında, özellikle birinci basamak sivil toplum kuruluşlarının, STK'ların, aile hekimliği federasyonunun, aile hekimlerinin ve bu konuda uğraşan birinci basamak hekimlerinin görüşleri, fikirleri net alınarak, sahada uygulanabilirliği konusunda yeterince görüşülmeyerek planlamaya gidilip faaliyete başladığını düşünüyorum." (Katılımcı 1)

"Alınsa da, alınsa da kıymetlendirilmiyor." (Katılımcı 2)

"Bakın sahayı bilmeden masa başında bazı iyi niyetle alınan kararlar, sahayı çalışamaz hale getiriyor. Sıkıntımız bizim bu. Burada yanlış anlaşılacak bir şey yok." (Katılımcı 2)

"Bu işlemin nasıl işlevsel olduğunu bize sormaları gerekiyor." (Katılımcı 3)

"... (Birinci basamak meslek örgütlerinden) Onlardan bir görüş alınarak, sahadan görüş alınarak bir şey çizilmesi, yol haritası, çizilmesi gerektiğini düşünüyorum." (Katılımcı 4)

Yapılan İşlemler HYP'ye Giril(e)miyor

Yapılan görüşmelere göre, hekimler, işlerinin yoğunluğu nedeniyle koruyucu hizmetleri uygulasalar bile bazı zamanlarda bu işlemleri HYP sistemine girme fırsatı dahi bulamamaktadır. Bir katılımcımız koruyucu hizmetleri ve tedavi hizmetlerini yaptığını ancak bunları HYP sistemine girmediğini belirtmiştir. Hekimlerin mevcut iş yüklerinin yanında çeşitli zorluklarla yaptıkları koruyucu hizmetlerin kaydını, iş yoğunluğu ve benzeri sebeplerle tutamıyor olmaları da bu hizmetlere uyumu azaltan bir etken olabilir. Nitekim bu koda eşlik eden kodlar arasında "tepkisel

tutumun devam etmesi", "hekimlerin sorumluluğunun fazla olması", "birim başına düşen nüfusun fazla olması" ve "HYP veri girişinin zaman alıcı ve karmaşık olması" kodları yer almaktadır.

"... Diyabeti, hipertansiyonu, koroner arter hastalığı olan ve diğer hastalarımızın zaten takiplerini, tedavilerini, önerilerimizi bulunuyoruz ama 'HYP içerisinde işliyor musun?' dersen, hayır, ben işlemiyorum. Sisteme giriş yapmıyorum." (Katılımcı 1)

"4.000 nüfuslu arkadaş yapmıyor. Yapıyorsa da sisteme girmiyor. Hani, benim biraz önce bahsettiğim gibi kronik hastamı izliyorum ama sisteme girmiyorum. Çünkü sisteme girmek de bir meşakkat, bir uğraş; zaten artmış bir iş yükü var." (Katılımcı 1)

"Yani nüfuslar düşürülünce, bu bizim işimiz zaten. Yani bu iş belki şu an zor, bizim de mesela 3.500 hastamız var. Yani bizim yapıp da mesela sisteme giremediklerim oldu." (Katılımcı 3)

HYP Veri Girişinin Zaman Alıcı ve Karmaşık Olması

Katılımcılar HYP uygulamalarının yeterince zaman almasının yanında bu işlemleri kaydetmenin de oldukça zaman alıcı ve karmaşık olduğunu düşünmektedir. Hastaların kaydının AHBS'lere girilmesinin yanında ayrıca HYP'ye girilmesinin işleyiş ve pratiklik olarak ayrıca bir yük getirdiği düşünülmektedir. Bunların sonucu olarak da hekimlerin hali hazırdaki günlük muayeneleri, ASM'leri ile ilgili sorumlulukları ve idari işlemlerin yanında HYP'deki bahsedilen sorunlar HYP uygulamasının önündeki önemli engeller olarak değerlendirilmektedir.

"Çünkü sisteme girmek de bir meşakkat, bir uğraş; zaten artmış bir iş yükü var." (Katılımcı 1)

"Program üzerinden bir oradan giriyorsun, bir oradan giriyorsun. Bence ona gerek yok. Pratiklik açısından, zaman kazanması açısından mesela o öyle bir düzeltme yapılabilir." (Katılımcı 3)

"Ondan sonra zaten RPT sayfası ekstra bir yerde -şey RPT sayfası diyorum, özür dilerim HYP- ekstra bir yerde açılması ayrı bir sorun. Onu unuttuk söylerken. O çok büyük bir sorun aslında, nasıl unuttum onu! Yani ekstra bir sayfada açıldığı için o sayfaya gidiyorsunuz. Bazen çalışıyor, bazen çalışmıyor, bazen internet çalışıyor, çekiyor, çekmiyor. Bir sürü şey var, alt yapısal problemler var. Hani ona, o sayfaya giriyorsunuz, bunların hepsini yapıp kapıdan çıkardığınızda günlük ortalama 15-20 hastanın üstünü kabul edemezsiniz. Yani her şeyiyle beraber 20 hastanın üstüne çıktığınız zaman bunu fiilen yapabilme şansınız yok. Her birimiz işte birtakım pratiklere döküyoruz. Yani hekim -tıbbi bilgilerini sorgulayıp tıbbi danışmanlık vermek hekimin görevi ama- boyunu, kilosunu, belini, tansiyonunu, kalça çevresini ölçmek hekim olmadan da yapılabilecek bir iş. Ya da sigara içiyor musun? Kalp krizin, felcin vesairen var mı gibi… Oradaki sorulara, hani HYP'de sorulan formatları sorabilmek, hekim olmadan da yapılabilecek bir şey yani. Hani tıbbi geçmişiyle ilgili bir şeyleri -ayrıntılı bilgi verilecek şeyler tabi hekimin görevi o ayrı ama- hani birtakım şeyleri kayda alıp, sonrasında sisteme yükleyebilme adına bir uygulama yapılıyor. Büyük çoğunluğumuz böyle yapıyor. Yani zorunluluğumuz, bu işleri yetiştirme şansımız, hani sanmıyorum ben 20 hastanın üstünde bunu yapamam. Ki 20 hastayı 20'şer dakikadan 400 dakika yapar. 60'a böldüğün zaman zaten bitti. Yani mesaiyi bitirdim. Yani durum budur." (Katılımcı 5)

Altyapısal Problemler

Bir katılımcımıza göre HYP yazılımındaki ve çalışılan bölgedeki internet altyapısı ile ilgili problemler de HYP uygulanmasına bir engel teşkil etmektedir. İncelenen bu kod, HYP veri girişi ile ilgili olduğu için ayrı bir alt kod olarak değerlendirilmiştir.

"Bazen çalışıyor, bazen çalışmıyor, bazen internet çalışıyor, çekiyor, çekmiyor. Bir sürü şey var, alt yapısal problemler var." (Katılımcı 5)

Başarı Kriterlerinin Uygunsuzluğu

Katılımcılara göre HYP'de uygulanan pozitif performans katsayılarından dolayı, aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısı yüksek olan aile hekimleri için HYP yapmak dezavantajlı bir hale gelmektedir. Buna ek olarak HYP'deki başarı kriterleri arasında %40 alt limitinin olması da HYP uygulamaları açısından bir engel durumundadır.

Bu durumlar, kayıtlı kişi sayısı yüksek olan aile hekimlerinin, hastalarının HYP tarama ve takiplerini uygulamamasına veya bu konudaki motivasyonlarının azalmasına neden olabilir. Benzer şekilde %40 asgari başarı oranı tanımlaması da bu kriterin üzerine çıkabileceğini düşünmeyen aile hekimleri için motivasyon kırıcı bir neden olabilir.

"... Bir de en önemli kısmı işin pozitif performansına gelelim. 4.000 nüfuslu bir aile hekiminin HYP yapmasıyla elde edeceği kazançla, 2.000 nüfuslu bir aile hekiminin HYP yapmasıyla elde edeceği kazanç birbirinden çok farklı. Yani sistem şunu diyor aslında 4.000'liye HYP yapmayı özendirmiyor. Soru şu: 4.000 nüfusu olan aile hekimine kayıtlı kronik hasta daha mı az önemli? Ya da takip edilmemeli mi? Yani hekim olarak sormuyorum bunu. Bunu kurgulayanlar için soruyorum." (Katılımcı 1)

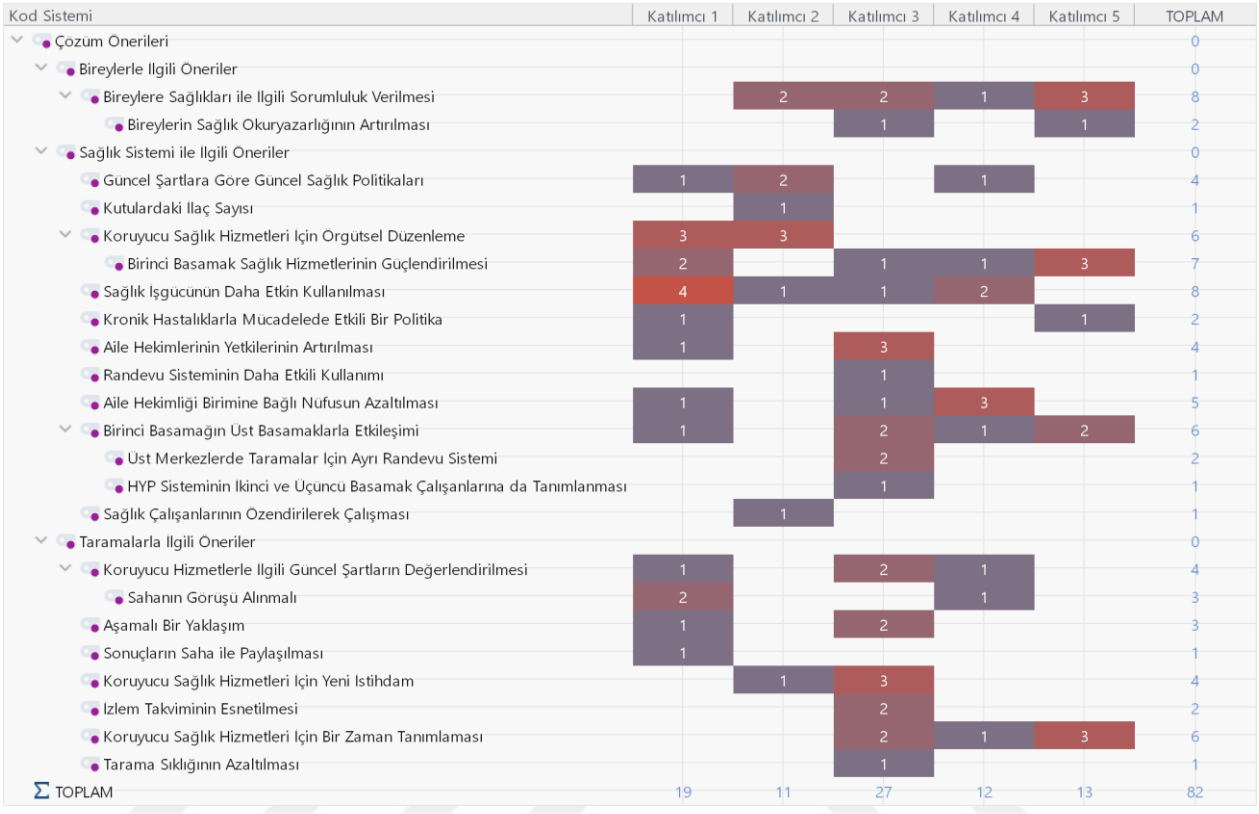
"... %40 değeri biraz yüksek bir değer bence. Hedefi tutturmak zor, tutturmak için de birden fazla mesela izlemin ortalaması alınmıyor." (Katılımcı 3)

"Bir de mesela tatil, uzun dönemler olduğu zaman bizim burada yaptığımız işin yüzdeye yansır kısmı da düşüyor. Şimdi mesela diyelim ki bir hafta olmadığınız zaman biz 4 haftalık işi, 4 haftalık işi, 3 haftada o oranı tutturmamız da zor. He, bunun bence bir sınırı olmaması lazım. Yani %40 yapılması gerekiyor bunun pozitiftir. Ne kadar yapıyorsa bence rakama yansır olması lazım. Yani motive etmesi lazım insanları. Bir tane bile yapsa, bunun %0,01 bile olsa yaptığı iş, bir iş yani sonuçta." (Katılımcı 3)

4.2.3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlarla İlgili Çözüm Önerileri

Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri temasına ait alt temalar, bireylerle ilgili öneriler, sağlık sistemi ile ilgili öneriler ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilişkili öneriler olarak belirlenmiştir. Bu alt temalardan bireylerle ilgili önerilere 4 katılımcı tarafından 10 defa, sağlık sistemi ile ilgili önerilere 5 katılımcı tarafından 48 defa ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilişkili önerilere 5 katılımcı tarafından 24 defa değinilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri temasına ait alt tema, kod ve alt kod dağılımı tabloda verilmiştir (Tablo 22, Şekil 20, Şekil 21).

Bu bölüm ile ilgili görüşmelerde dikkat çeken husus, hekimlerin yaşadıkları sorunlarla ilgili kapsamlı ve detaylı çözüm önerilerine sahip olduğudur. Bahse konu önerilerin, koruyucu sağlık hizmetlerindeki sorunları çözüp çözmeyeceği bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte hekimlerin görüşleri, belirttikleri sorunlar kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca hekimlerin önerilerinin bazıları içerikleri bakımından farklı konularda görünüp işaret ettikleri kavram bakımından aynı olduğundan, aynı kod altında değerlendirilmiştir; benzer şekilde hekimlerin önerilerinin bazıları ise birden fazla kod altında değerlendirilebileceğinden, bu öneriler birden fazla kod altında değerlendirilmiştir.



Şekil 20 Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri, alt temalar, kodlar ve alt kodlar



Şekil 21 Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerilerinin kod bulutu

Tablo 22 Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar ile ilgili çözüm önerileri temasının alt tema, kod ve alt kodları

Alt Tema / Kod / Alt Kod	Tekrar Sayısı	Görüşmeci Sayısı
Bireylerle İlgili Öneriler		
Bireylere Sağlıkları ile İlgili Sorumluluk Verilmesi	8	4
Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Artırılması	2	2
Sağlık Sistemi ile İlgili Öneriler		
Güncel Şartlara Göre Güncel Sağlık Politikaları	4	3
Kutulardaki İlaç Sayısı	1	1
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Örgütsel Düzenleme	6	2
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi	7	4
Sağlık İşgücünün Daha Etkin Kullanılması	8	4
Kronik Hastalıklarla Mücadelede Etkili Bir Politika	2	2
Aile Hekimlerinin Yetkilerinin Artırılması	4	2
Randevu Sisteminin Daha Etkili Kullanımı	1	1
Aile Hekimliği Birimine Bağlı Nüfusun Azaltılması	5	3
Birinci Basamağın Üst Basamaklarla Etkileşimi	6	4
Üst Merkezlerde Taramalar İçin Ayrı Randevu Sistemi	2	1
HYP Sisteminin İkinci ve Üçüncü Basamak Çalışanlarına da Tanımlanması	1	1
Sağlık Çalışanlarının Özendirilerek Çalışması	1	1
Koruyucu Hizmetlerle Doğrudan İlişkili Öneriler		
Koruyucu Hizmetlerle İlgili Güncel Şartların Değerlendirilmesi	4	3
Sahanın Görüşü Alınmalı	3	2
Aşamalı Bir Yaklaşım	3	2
Sonuçların Saha ile Paylaşılması	1	1
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Yeni İstihdam	4	2
İzlem Takviminin Esnetilmesi	2	1
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Bir Zaman Tanımlaması	6	3
Tarama Sıklığının Azaltılması	1	1

Bireylere Sağlıkları ile İlgili Sorumluluk Verilmesi

Katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin önündeki önemli engellerden biri olarak bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğunun olmamasını -önceki bölümde- belirtmiştir. Bununla ilgili olarak da bireylere sağlıkları ile ilgili sorumluluklar verilmesini çözüm olarak görmektedirler. Söz konusu önerinin sağlık taramalarına uyumu artıracağı düşünüldüğü gibi aşı reddi gibi toplumdaki diğer bireyleri de etkileyebilecek sorunları azaltacağı da düşünülmektedir.

"... Ama siz kalkıp da aynı bir arabaya nasıl garanti veriyorsunuz, yıllık periyodik bakımını yaptırmasan garantiden çıkarıyorsun; aynı şeyi sağlık hizmetleri sunumunu da yaparsanız böyle bir şeye gerek kalmayacak. Dersiniz, 'Eğer belirli periyotlarda muayeneye gidersen, şunu yaparsan, bunu yaparsan, işte ben senin sigortanı tanırım, işte sana şu kadar karşılarım %20'sini ödersin %80'ini ben karşılıyorum ama sigorta primi yatırsan bile sen periyodik sağlık muayenelerine gitmezsen eğer ben senin muayene ücretlerini karşılamam.' Keser atarım, herkes de gelir ondan sonra. Çözmek isteyin yeter ki. Çözümler çok zor değil." (Katılımcı 2)

"... Ama burada hastaya da biraz sorumluluklar verilmesi lazım." (Katılımcı 3)

"... Bunun için hastaya sorumluluk verelim. Daha düzenli bizi ziyaret etsin." (Katılımcı 3)

"Yani işte bu en başta konuştuğumuz -sanırım Avrupa'da da var- kaç ayda bir aile hekimine gitmesek, böyle bir yaptırımı olduğunu duydum; onu tabii araştırmak lazım. Öyle bir sorumluluğumun olmasının şart olduğunu düşünüyorum." (Katılımcı 4)

"Benim hekimlik anlayışımda aşı karşılığının yeri yok. Aşının bir tercih olmaması lazım; ya, aşı karşıtıysa, aşı yaptırmak istemiyorsa kişi bunun kişisel bir yaptırımının olması lazım. Kişinin bedenine zoraki -Anayasal haktır- zoraki müdahale edemezsiniz ama bunun da belli yaptırımları olması lazım ve vatandaş bunun sorumluluğunu taşımalı. İster çocuğunda ister

kendisinde yaptırsın. Aynı şey sağlık taramaları için de geçerli. Yani pek çok ülkede bu var, uı hani sağlık taramasını yaptırmıyorsanız belli hastalıklarınız çıktığı zaman bununla ilgili yaptırımlara maruz kalıyorsunuz ama bizde elli yıl sigara içen adam akciğer kanseri oluyor, bununla ilgili herhangi bir şeyi yok. Devlet her türlü sorumlu; karşılıyor yani ya da aşı yaptırmıyor çocuğuna, kızamık vakaları artıyor, kızamık oluyor kendisi veya çevresindeki, bununla ilgili hastanede yatışıdır, diğer hastaların tedavisidir yani belli sorumluluklarını almaları gerekiyor. Yani kişilerin yaptıkları ve yaptırmadıkları taramalarının, aşılamalarının, sağlıklarıyla ilgili her şeyin sorumluluğunu almaları getiriyor. Evet kişilerin Anayasal hakkına, kişilik haklarına müdahale edemeyiz ama kişilerin tercihlerinin de bir olumlu ve olumsuz yaptırımları ve sonuçları olduğunu bilmeleri ve bunun pratik olarak uygulanması gerekiyor. Yani Corona dönemindeki gibi onu yapmayın, bunu yapmayın, toplu durmayın gibi şeyler değil kasıt ama bir yaptırımları illaki olması ve bundan sorumlu tutulmaları gerekiyor. Bunu bilmeleri gerekiyor. Bu işin farklı bir boyutu." (Katılımcı 5)

"Ondan sonra kişilere sorumluluklarını -hak verdiğimiz gibi- sorumluluklarını da vermeliyiz ki sonucuna ulaşalım." (Katılımcı 5)

Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Artırılması

Katılımcılar, koruyucu hizmetlere bireylerin uyumunu artırmak için toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiğini düşünmektedir. Bireylerin koruyucu hizmetler ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalığı arttıkça, koruyucu hizmetlerin önemini, sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını ve aşılar ile sağlık taramaları gibi koruyucu hizmetlerden yararlanmadıklarında karşılaşabilecekleri sağlık sorunlarını daha iyi kavradıkça bu hizmetlere başvuru oranlarının da artması beklenebilir. Böylece hekimlerin koruyucu hizmetlerdeki önemli sorunlarından olan hastaya erişim/bireylerin bu hizmetlere katılımı sorununda da iyileşmeler yaşanacaktır. Bu çalışmanın tasarımı itibariyle ne oranda bir iyileşme sağlanacağını saptamak mümkün olmamakla birlikte katılımcıların ifadelerinden ve mevcut sağlık sisteminin yapısından, bir iyileşme sağlanacağını düşünmek yanlış olmayacaktır. Bu aşamada belirtilmesi gereken bir husus ise bireylerin sağlık okuryazarlığının artırılmasının etkisinin, bireylere sağlıkları ile ilgili sorumluluk

verilmeden kısıtlı kalacağıdır. Nitekim incelenen bu öneriye en sık eşlik eden kodun "bireylere sağlıkları ile ilgili sorumluluk" olması bu görüşü desteklemektedir.

"... Benim, bir şey diyeceğimden korktuğu için hayatına bir düzen getirmiş; yani biz bu değerleri hastayla tartışabilir, bu oranları konuşabilir olmamız lazım. Yani bunu anlayacak, benim şekerim var, bu açlıkla tek olmuyor; tokluk da etkili, benim kilomla etkili, yediğim içliğimle..." (Katılımcı 3)

"İkincisi ve daha da önemlisi hep söylenen, hep söylediğimiz, ekrana çıkan hocalarımızın söylediği hatta zaman zaman bakanın da söylediği: Kişilerimizin sağlık okur yazarlığını arttırmamız lazım. Yani sağlığın ne olduğunu, taramanın ne olduğunu, bunun sonucunun ne getireceğini, hepsini kişilerimize baştan sona anlatmamız lazım. Baştan sona öğretmemiz lazım. Bunun sonucunda nelere ulaşabilecekleri veya nelerden mahrum olabileceklerini bilmeleri lazım - sağlıkları adına söylüyorum ulaşabilecekleri ve mahrum olabilecekleri derken- ondan sonra ilk bahsettiğim yaptırımları düşünmek lazım. Ama bununla ilgili çok ciddi çalışmalar yapılması lazım. Ancak ne yazık ki bunlar çok söz konusu olmuyor. Hep söylüyoruz, hep söyleniyor hani bireysel çabalarla, herkes kendi nüfusuyla ilgili bir şeyler anlatmaya çalışıyor ya da bazımız anlatmaya çalışıyor bazıları ya çok affedersin 'Çenemi niye yorayım' diyen arkadaşlarımız da var bir yere ulaşmadıkça ama hani bu bir anda olabilecek bir şey değil. Adım adım, adım adım her birimizin çabasıyla adım adım olabilecek bir şey. Böylece insanların sağlık okur yazarlıkları, sağlıkla ilgili bilgilenmeleri arttıkça ister taramalar deyin ister birinci basamağa başvuru oranlarının doğru şekilde artması deyin, ister acil servisin gereksiz ve anlamsız kullanımının azalması deyin, ister ikinci basamağın yükünün azalması, gereksiz yükünün azalması deyin, her biri bu adımlarla gerçekleşecek şeyler, primer oradan başlayıp ondan sonra ilerlemek lazım." (Katılımcı 5)

Güncel Şartlara Göre Güncel Sağlık Politikaları

Katılımcılarımız, sağlık sisteminin genelindeki ve koruyucu hizmetlerdeki sorunların değerlendirilmesini ve sahanın geribildiriminin alınmasını önermektedir; yapılan bu değerlendirmeler ve incelemeler sonucunda da sağlık sisteminin ve sağlık politikalarının yeniden şekillendirilmesi gerektiğini önermektedir. Sağlık Bakanlığının -elbette ki- sahayı değerlendirdiği ve bu değerlendirmeler sonucuna göre de yeni uygulamalar ve politikalar hazırladığı düşünülebilir. Nitekim bu durumu, katılımcılarımız da koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşler bölümünde; HYP sisteminin başlangıçta daha sorunlu olduğu, burada birtakım iyileştirmeler yapıldığı şeklinde belirtmiştir. Dolayısıyla bu bilgiler ışığında, Bakanlığın güncel şartları değerlendirdiğini ancak hekimlerin bu değerlendirmeleri yeterli bulmadığını veya bu değerlendirmelerin hekimlerin beklentilerini karşılamadığını söyleyebiliriz. Nitekim, bu koda en sık eşlik eden kodlardan birinin de "sahanın görüşü alınmadı" kodu olması bu görüşü desteklemektedir.

"... Ama bunu, bir politika haline getirip eğiterek, güncelleyerek yapmak gerekiyor." (Katılımcı 1)

"Bakın sahayı bilmeden masa başında bazı iyi niyetle alınan kararlar, sahayı çalışamaz hale getiriyor. Sıkıntımız bizim bu. Burada yanlış anlaşılacak bir şey yok. Bu sağlık politikası, hepimizin politikası. Bu ülkenin gelecek neslini güvence altına alacak, mevcut insanını daha sağlıklı; yetişmiş insanın daha sağlıklı, müreffeh bir yaşam sürmesini sağlayacak bir sistem. Çok önemli bir sistem ama burada bazen kağıt üstündeki uygulamaların sahadaki yansımaları ve geri bildirimleri çok iyi feedback'le (geribildirim) *değerlendirmiyor diye düşünüyorum. Sahanın iyi gözlemlenmesi lazım."* (Katılımcı 2)

"Sistemin iyi niyetli olduğunu, iyi niyetle kurgulanmaya çalışıldığını bakın hepimiz kabul ediyoruz. Yani burada bir art niyet yok. Araba sürerken bile direksiyonu hani sağa sola hareket ettirirsiniz sürekli. Kalibre edersiniz. Yola göre arabanın konumunu kalibre edersiniz. Bu geri bildirimlerle gerçekleşir. Araba kaymaya başladı mı, görürsünüz, dersiniz ki 'Birazcık daha sola

almam lazım, şerit tutturabilmem için' dersiniz. Biz sağlık politikalarını uygulanabilir oluşturmuyoruz." (Katılımcı 2)

Kutulardaki İlaç Sayısı

Bir katılımcımıza göre, hekimlerin poliklinik hizmetlerinin yoğunluğuna sebebiyet verecek birçok sebep olduğu gibi bu yoğunluğu çözecek de birçok yöntem vardır. Bunlardan bir örnek olarak, katılımcımız, ilaç kutularındaki ilaç sayısını, hastaların sağlık kuruluşuna daha az başvurmasını gerektirecek şekilde düzenlemeyi önermektedir.

Bir öneri olarak, sorunların çözümüne katkı sağlayacağı öngörülen bu düşüncenin arka planında, sahadaki sorunların değerlendirilip bu sorunlara yönelik politika geliştirme düşüncesi olduğu da değerlendirilebilir. Böylece hekimlerin bahsettiği sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.

"... Örneğin, COVID döneminde birçok raporlu ve düzenli ilaç kullanan kişi, gidip ilaçlarını eczaneden alabiliyordu. Şimdi her raporlu ilacı olan kişi ayda en az 2 defa gidip belirli dönemlerde biten ilaçlarını yazdırmak zorunda kalıyor hekime. Bakın, hekimin kontrolü de önemli bir şey suiistimal edilmemesi için ama bakın bu çok basit bir şekilde çözülebilir. Nasıl çözersiniz biliyor musunuz? İlaç kutu sayılarını kutunun içerisindeki ilaç tane sayılarını 30'a sabitlersiniz veya 28'e sabitlersiniz, bütün ilaçlar aynı anda biter aynı anda hasta bunu yazdırmaya gelir. Ama şimdi ne oluyor? Birisi 30 tablet, birisi 28 tablet. Arada sürekli hastanın sağlık kurumlarına başvurmasına sebebiyet verecek matematik gerçeği ortaya çıkıyor. Birisinin bittiği tarihle ötekinin bittiği tarih birbirini kapsamıyor. Dolayısıyla bunu çözemezler mi? Bunu çok rahat çözerler. Bunu hiç mi düşünen olmadı? Mutlaka düşünen olmuştur ama çözülmüyorsa da bu işte... Bunun gibi neler var? Hepsi böyle üst üste biniyor, biniyor, biniyor ve yukarıya çıkıyor. Şimdi bizim günlük polikliniğimiz 30 deseniz 50 tane RPT var bizim." (Katılımcı 2)

Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Örgütsel Düzenleme

Katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin yürütülmesi için sağlık sisteminde örgütsel düzenleme yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bunlar arasında TSM/İSM gibi idari birimlerin etkinliğinin artırılması, hekimlerin görev tanımlarında düzenlemeler yapılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde veya koruyucu sağlık hizmetlerinde spesifik olmayan düzenleme önerileri yer almaktadır.

"O veri girişini yapabilecek zamanları yok. Hani yapılması gereken, ki çok çok önemli ve bence acilen yapılması gereken bir iş: Bu kronik hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, obezite, ki şimdi KOAH, astım bunlar da eklenecek; serebrovasküler olaylar da eklenecek, ekleniyor zaten, modüle işlendi; ki bunlar en önemli problemimiz, yöneteceğimiz problemler olmalı ve zaman gidiyor. Hani bir an önce aile hekimliği nüfuslarını dengeleyerek, net algoritmalar oluşturarak, bu konuda da aile hekimlerini bir hak kaybı yaratmadan bu işi yönetmelerini sağlamak gerekiyor. Tabii bunu getirip eş zamanlı bir şekilde aile hekiminin idari görevi olmayan, hekimlik dışı görevlerinden arındırıp sevk sisteminin de oturtulması gerekiyor. Bana kalırsa doğrusu o." (Katılımcı 1)

"Bunun idealini konuşmamız gerekiyor. İdealini konuşacaksak da bunu başka bir örnekle mesela örneklendireyim: Siz nasıl evde bakım hizmetini hastanelerde ayrı bir birim altında çalıştırıyorsanız, ikinci basamağa bunu bağladıysanız, birinci basamakla da koordinasyonunuz varsa ama asıl işi yapan ikinci basamaksa, ikinci basamak veriyorsa bu hizmeti, koruyucu sağlık hizmetlerine de aynı şekilde yapılabilir. Eğer şu andaki iş yükü birinci basamağı bu şekilde devam edecekse kesinlikle birinci basamakta parantez açılıp değişik yapılanmaların oluşturulması gerekiyor, diye düşünüyorum..." (Katılımcı 2)

"... Peki ne yapabiliriz? Hani çözüm önerisi getirelim; siz polikliniği 30'da sınırlandıramayacağınıza göre Türkiye şartlarında -ama her ne hikmetse mesela ikinci basamakta 40'ta sınırlandırabildiler- bizde yapamadıklarını düşündüğümüz için yapılacak şey şudur: Daha

önce korucu sağlık hizmeti veren birinci basamakta sadece aile hekimliği yoktur, ilçe sağlık müdürlükleri vardır. Çeşitli şubeler vardır aşılama şubesi gibi; siz kalkarsınız bir şube daha kurarsınız. Eee, periyodik sağlık muayeneleri, okullar için diye buraya görevlendirirsiniz 2 tane hemşire, bu hemşireler gider o ilçedeki bütün çocukların belirli periyotlarda kanlarını alırlar. Laboratuvara yollarlar, doktorun önüne çocuk geldiği zaman sadece doktor boyunu, kilosunu, beden kitle indeksini ölçer; en azından elinde değerlendirebileceği rutinleri oluyor. Şimdi bunu yaptığınız zaman bizim o 10 dakikalık 15 dakikalık muayene süresi (burada bahsedilen, koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan muayenedir) *3 dakika 4 dakikaya düşüyor."* (Katılımcı 2)

"... Ama baktığınız zaman, sistemin tüm dönüşümü şey yapmanız gerekiyor, birinci basamağı tekrar değerlendirmeniz gerekiyor. Bizim elimizdeki imkanlar, şartlar nasıl optimum kullanılır, buna bakmak gerekiyor. Bence biraz makro ölçekli bir çalışma yapılması gerekiyor diye düşünüyorum." (Katılımcı 2)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

İncelenen bu alt kod, "koruyucu sağlık hizmetleri için örgütsel düzenleme" kodu kapsamında değerlendirilmiştir. Hekimler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini; böylece bütünsel olarak daha verimli, maliyet etkin ve hastaların "layık oldukları" şartlarda sağlık hizmeti sağlanacağını düşünmektedir. Bir katılımcımız, Sağlık Bakanlığının kendi kaynaklarıyla veya yerel yönetimlerle eşgüdüm içinde çalışarak daha fazla ASM açılması için çalışması gerektiğini düşünmektedir. Bu görüş ile ilgili yapılan öneriler genellikle ASM'lerin fiziki şartları veya imkanları ile ilgili olmakla birlikte -bir katılımcımızın önerdiği üzere- sevk zincirinin etkili bir şekilde uygulanmasının da birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendireceği düşünülmektedir. Sigara bırakma polikliniği hizmetleri, beslenme danışmanlığı hizmetleri gibi hizmetlerin güçlendirilmesi de gelen öneriler arasındadır.

"Ya bundan devlet de faydalanacak, bu birincil korumanın öneminin farkındalar mı, değiller mi bilmiyorum. Yani ciddi anlamda maliyet etkin bir durum bu, birincil korumada

yakalayabilmek hastaları. Keşke bunu görebilseler, buna daha ağırlık verebilseler, birinci basamağı güçlendirseler." (Katılımcı 4)

"Aile sağlığı merkezlerimizi güçlendirmemiz lazım. Gerekli laboratuvar, gerek donanım olarak. Dediğim gibi belli ödenekle belli şeyleri aile hekimleri karşılıyor ama hani öncelikle aile hekimlerine de çalışabilecekleri ortamların, hastalara -ya da popülasyonunuza diyeyim, taramalarımız hasta olmadan gelmeleri esasında ama konuşma amacımız, başlangıç amacımız HYP ve diğer taramalar olduğu için- genel popülasyonumuza da -kaba tabiriyle- layık oldukları şekilde bir ortam sağlamalıyız ki hem bekleme hem muayene hem tahlil-tetkik anlamında bir yer sağlamalıyız. Burada görev Müdürlüğe ve Bakanlığa düşüyor yani çünkü dışarıda apartman dairesinde de kiralayan var mecbur kalıp. Ben daha önce yaşadığım ilde altıncı katta da ASM gördüm, beşinci katta asansörle çıkıyordu hastalar ilk aile hekimliğinin başladığı, toplu olarak tüm ülkede başladığı dönemde, 2010'da. Yani yaşadığım ilde -daha önce- beşinci katta, altıncı katta ASM vardı. İnsanlar asansörle çıkıyordu. Yani bunun olabilirliği yok, yani o, böyle bir şey yok. Bu yüzden hani Sağlık Bakanlığımızın bir şekilde -isterse- hani yerel yönetimlerle mi görüşülecek bir şekilde çünkü şey, arsa özellikle büyük şehirlerde -Çanakkale için bile geçerli- arsa teminiyle ilgili her yerde sıkıntı var. Benim yaşadığım ilçede da var, pek çok yerde var. Yani ASM yapılabilecek arsa sıkıntıları var. Hani bunların bir şekilde çözülmesi lazım. Mevcut ASM'lere şu anda dokunmadan çözülmesi lazım. Mesela yapılacak birkaç yerde yanlış hatırlamıyorsam [ilçe adı]'nda, [ilçe adı]'nda birkaç yerde oldu; arkadaşlar kiralık yere çıktılar, yapılması 2,5-3 yıl sürdü. Yani bu çok büyük bir sıkıntı. Hekim adına da sıkıntı. Hasta adına da sıkıntı yani. O yüzden hani Bakanlığın bir şekilde işte yerel yönetimlerle, isterse bakanlığın kendi özelinde alt yapı problemi olmayan, onun dışındaki iç dizaynında vesaire de tabi ki birtakım katkılar olur ama zaten mevcut malzemelerimiz, şeylerimiz var. Bir şekilde düzenlenebilir ama öncelikle sağlam, sağlıklı ve aile hekimliği sistemine uygun binalar tesis edilmesi ve hekimlere teslim edilmesi gerekiyor." (Katılımcı 5)

Sağlık İşgücünün Daha Etkin Kullanılması

Katılımcılarımızın yaygın olarak önerdiği konulardan birisi de sağlık işgücünün daha etkin kullanılmasıdır. Bu kısımda, somut öneriler birtakım farklılıklar gösterse de kavramsal olarak tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Hekimler, koruyucu hizmetlerin daha etkin yürütülmesi için sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti olmayan konulardaki sorumluluklarının azaltılması/kaldırılması gerektiğini düşünmektedir. Böylece -ilgili bölümde tartışılan- koruyucu sağlık hizmetlerine zaman kalmaması, bu hizmetlerin diğer işlerin yoğunluğundan dolayı arka planda kalması gibi sorunlar -az ya da çok- bir miktar çözülecektir. İncelenen bu koda en sık eşlik eden kodun "koruyucu sağlık hizmetleri için örgütsel düzenleme" öneri kodu olduğu gözlenmiştir.

"En önemli diğer kısım, aile hekimliği yaparken mesleki bir sürü göreviniz yanında bir sürü idari göreve de maruz kalıyorsunuz. X TSM'den yazı geldi, Y kişisi aranıyor bilgisini ver, Z kişisinin sağlık raporunu düzenle, X kişisinin (gülerek) satranç oynayabilir -Allah'tan kaldırıldı- raporunu düzenle gibi gibi gibi ek bir sürü görevle uğraştırılacağı yerde aile hekimleri, çok daha efektif bir şekilde belki bu haliyle değil ama kronik hastalıkların takibi izlemi, tedavisi, (vurgulu bir ses ile) önlenmesi -en önemlisi- amacıyla kullanılabilir." (Katılımcı 1)

"Şu an için, sigarayı bırakmak isteyen bir kişinin Çanakkale ilinde sigarayı bırakmak için uğrayabileceği, sigara bırakma hizmeti alabileceği kaç tane birim var? Yani hani kronik hastalıktan bahsediyorsan ya da bir beslenme görüşü alabileceği kaç poliklinik var? Sağlıklı yaşam önerilerini alabileceği kaç poliklinik var? Hani bunların güçlendirilmeleri belki de bunların aile hekimliği sistemi içerisinde net, örneğin ben aile hekimi olarak haftanın 3 saatini, 2 saatini sigara bırakma polikliniğime ayırabilmeliyim ya da hipertansiyon polikliniğim olmalı ve haftanın belli saatlerinde o hastaları görmeliyim. Hani [işletme adı]'na giren işçiye sağlık raporu vermek ya da kreşe başlayacak çocuğa sağlık raporu vermek yerine hani çok daha efektif kullanılabilir bir sağlık sistemimiz var." (Katılımcı 1)

"... Yani yoksa bu (HYP) sadece bir veri girişi değil, çok önemli, bu işi yapmamız gerekiyor. Hasta yoğunluğundan yapamıyoruz. Yapmamamız gereken işleri yaptığımızdan, uğraştığımızdan yapamıyoruz. Ve hani sağlıklı yaşam yılını etkileyen, ülke sağlık verilerini, maliyesini etkileyen, ülkenin sağlık sistemini tıkayan bir sürü sorunla da uğraşıyoruz sonra. Yani aslında çözebiliriz. Hani azaltabiliriz, yönlendirebiliriz. Ama onun, bu şekliyle olacağına ben inanmıyorum." (Katılımcı 1)

"... Ama baktığınız zaman, sistemin tüm dönüşümü şey yapmanız gerekiyor, birinci basamağı tekrar değerlendirmeniz gerekiyor. Bizim elimizdeki imkanlar, şartlar nasıl optimum kullanılır, buna bakmak gerekiyor. Bence biraz makro ölçekli bir çalışma yapılması gerekiyor diye düşünüyorum." (Katılımcı 2)

"... İyi ama hemşirelerimiz de -bence- obeziteyi değerlendirebilecek, o ekranı tamamlayabilecektir HYP'de. Obeziteyi hemşire hanım girebilir ve bizim performansa yansıyabilir şekilde olması lazım. Hani birçok faktörü olsa da yani rakam olarak giriyorsun onu değerlendiriyor mesela. 'Spor yapıyor musunuz?' diyor. Hastaya bir soru işareti, hani mesela işte diyetisyenlerimiz var diyor. Hemşire hanımlar diyetisyenin numarasını veriyor, yönlendiriyor. Yani obezite hizmeti oluyor. Benim ona ayrı bir zaman ayırmama gerek yok bence. O yüzden, o ekran nasıl olsa giriliyor obezite HYP'deki ekran olması lazım. (Burada katılımcının bahsettiği 'ekranlar' AHBS ve HYP'dir.) *Program üzerinden bence yani bir oradan giriyorsun, bir oradan giriyorsun. Bence ona gerek yok. Pratiklik açısından zaman kazanması açısından mesela o öyle bir düzeltme yapılabilir."* (Katılımcı 3)

"... Keza, yine bu hekim üzerindeki şey -amiyane tabir olacak- hamallık, geriye kalan hamallık işleri biraz daha azaltılırsa... Yani, o işler için idari personeller var ilçe sağlık müdürlüklerinde. Gereksiz, çok fazla, böyle zaman alıcı şeylerle uğraşmak zorunda kalabiliyoruz." (Katılımcı 4)

"... Taramalara, bizim zaman olarak daha çok zaman ayırabilmemiz... Eee, hasta muayenesinin -belki- sınırlandırılması, gerekirse bu şeyin, cari ödemelerin (aile sağlığı merkezi gider ödemesi) *kesilip; tamamen bu angarya işlerin devlet eliyle yürütülmesi..."* (Katılımcı 4)

Kronik Hastalıklarla Mücadelede Etkili Bir Politika

Katılımcılarımızın bazılarına göre, ülkemizdeki koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi -diğer bütün faktörlere ek olarak- daha fazladır; bu durumun nedeni ise ülkemizdeki kronik hastalıkların giderek artmasıdır. Bu bağlamda, bu hastalıklarla ve bu hastalıkların getireceği ekonomik ve sosyal yükle baş edebilmenin yolunun, bu hastalıklarla mücadelede etkili bir politika geliştirmek olduğu belirtilmiştir ve önerilmiştir. Katılımcılar, bunun gerçekleşebilmesi için de sağlık sisteminin bir bütün olduğunun; birinci basamak hizmetlerindeki aksamaların, birinci basamaktaki sorunların, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini de etkilediğini belirtmiştir.

"İşin sadece maddi boyutunu konuşmamız değil olay. Yani siz bunu bir politika haline getireceksiniz. Uzun süreçler bunu istikrarlı bir şekilde uygulayacaksınız ki bu tip kronik hastalıklarla başa çıkabilesiniz, önleyebilesiniz, kontrol altına alabilesiniz. Şu an bir salgını var zaten, diyabet salgını içindeyiz. Sigara kullanımı salgın, artık kronik hastalığı falan geçtim -bence- salgın. En son TURDEP'in (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması) *çalışmalarından sonra yapılanlarda oranları gördük. Avrupa'da en yoğun diyabet, hipertansiyon, obezite sıklığında ülkelerdeyiz. Yani OECD'yi geçtim artık. Bu durumda senin, bir sağlık idaresi olarak çok daha hedefe yönelik programlı çalışman gerekiyor. Hani bu negatif performans, pozitif performans değil yani. O yüzden bence kronik hastalıkları iyice özümsetmek, net hedefler koymak ve aşıda yaptığımızı bunda da başarabiliriz. Bu birinci basamakla, bu ikinci basamakla hani düzenlenebilir. Çok da iyi sonuçlar alabiliriz. Aile hekimleri, sık temas ve hastayla sık görüşme, hastanın sağlık verilerine hakim olması konusunda ve de hastalar üzerinde de ayrı bir etkileri var. Yani sık temasın getirdiği iyi bir güven ilişkisi var. Ki bu en önemlisi bu kronik hastalıkların takibinde."* (Katılımcı 1)

"... Ama biliyorum ki, ikinci basamaktakilerin (sorunların) büyük çoğunluğu birinci basamağı güçlendirince, birinci basamaktaki problemlerin çözülebilirliğini artırdıkça, kişilerin kafasında birinci basamağın yerini daha iyi oturttukça, ikinci basamağın yükü azalacak. O zaman da bana dönüşler artacak, hepsi birbirine girift bir problem yumağı. Yani peyderpey bir şekilde çözmemiz gerekiyor." (Katılımcı 5)

Aile Hekimlerinin Yetkilerinin Artırılması

Katılımcıların bazıları, aile hekimlerinin yetkilerinin artırılması gerektiğini önermektedir. Bu önerilerin ortak noktası hekimlerin kronik hastalıkların ilaçlarının reçetelenmesi ve raporlarının düzenlenmesidir. Hekimler, hastalarının ilaçlarının düzenlenmesi için hastalarını üst basamaklara sevk etmek durumunda kalmaktadırlar. Bu durumdan dolayı da hastaların koruyucu hizmetlere ve kronik hastalıklarının tedavi ve takibine uyumu azalabilir. Hekimlerin bahsedilen reçete ve raporlarla ilgili yetkilerinin artırılması hastaların kronik hastalıklarının tedavilerine ve taramalara olan uyumunu artırabilir. Ülkemizin mevcut kronik hastalık yükü, giderek yaşlanan bir toplum olmamızdan dolayı gelecekte bu hastalıkların yükünün daha da artacağı ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki muayene/randevu yoğunluğu göz önüne alındığından hekimlerin bu önerileri sağlık kuruluşlarındaki bahsedilen sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.

"Hipertansiyon, diyabet, KOAH, toplumda sıklığı çok yoğun olan hastalıklar konusunda aile hekimleri çok daha geniş yelpazede, çok daha yetkin, aile hekimi uzmanı olmayan aile hekimleri de dahil olmak üzere çeşitli ilaçların raporlaması ve tedavisi konusunda çok daha yetkilendirilmeli." (Katılımcı 1)

"Biz kolesterol ilacını bile yazamıyoruz ona kalınca. O zaman tamam, değerleri biliyoruz, risk analizi yapıyoruz, 'Bu hastanın kullanması gerekiyor' diyoruz ama hastanın bunun için ya dahiliye ya da kardiyolojiye gidip; bu tahlilleri elinde hazır, her şey olmasına rağmen hastanın, ulaşıp da bunu yazdırması biraz zor olabiliyor. Bu da sekteye uğratıyor, uzatıyor yani süreci. En

azından -bence- kolesterol ilacını aile hekiminin yazması lazım. Uzman olsun olmasın, bu bence, bu süreçte bir eksiklik." (Katılımcı 3)

"Daha efektif, yani izlemlerin tamamlanması açısından, bazı yetkilerin aile hekimine verilmesi gerekiyor, mesela kolesterol ilacının yazılması gibi." (Katılımcı 3)

Randevu Sisteminin Daha Etkili Kullanımı

Bir katılımcımıza göre, ASM'lerde randevu sisteminin daha etkin uygulanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin/uygulanabilirliğinin artmasını sağlayacaktır. Bu öneri aynı zamanda, poliklinik hizmeti yoğunluğunun da önlenmesine katkı sağlayacaktır. Katılımcımızın bu önerisinin ardındaki görüşün, poliklinik yoğunluğunun azaltılması olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır; böylece hekimler koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla zaman ve emek ayırabilecektir. Öte yandan bu önerinin, halihazırdaki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki "randevu bulamama" durumunu ASM'lere taşıma ihtimali de göz ardı edilmemelidir. Mevcut çalışmanın bulguları itibariyle, bu ihtimali kesin bir şekilde reddetmek veya onaylamak zordur. Ancak, koruyucu sağlık hizmeti ve genel olarak sağlık hizmeti kalitesinin; sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk, bir hastaya ayrılan sürenin kısa olması ve hekimlerin artmış iş yükü gibi nedenlerle istenilen standartlarda olmadığını düşünebiliriz. Randevu sisteminin uygulanması ve bunun sonucu olarak da her bir hastaya ayrılan sürenin artmasıyla birlikte gerek birinci basamakta gerekse de ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık hizmet kalitesinin artmasını, bireylerin sağlıklarının ve hastalıklarının daha iyi değerlendirilmesini ve böylece daha iyi sağlık çıktıları alınmasını bekleyebiliriz.

"Mesela randevu sistemini tam efektif kullanabilsek, hastalarımız randevuya gelse, biz bazı zaman dilimlerini sırf HYP yapmak için ayırsak yapılabilir bu işlem. Yani çat kapı o hasta olaylarını ve biraz böyle hastalara randevulu gelme alışkanlığını edinsek yapılabilir, nüfuslar düşürülürse..." (Katılımcı 3)

Aile Hekimliği Birimine Bağlı Nüfusun Azaltılması

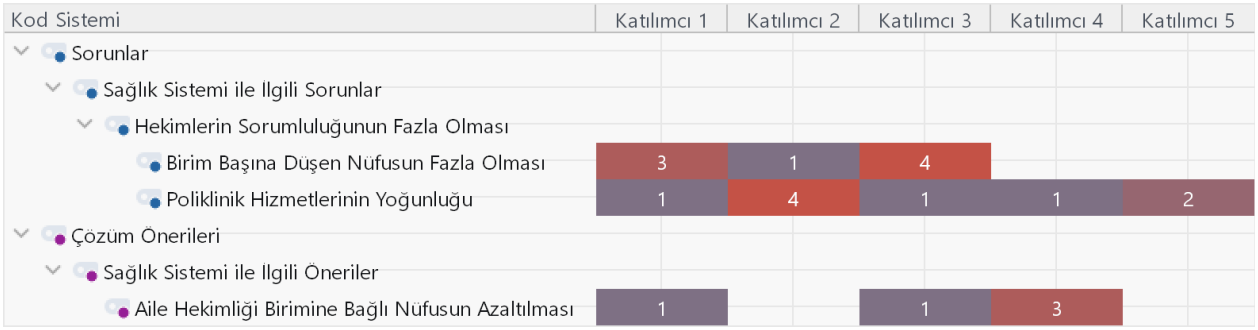
Katılımcılarımız, aile hekimliği birimine bağlı nüfusun azaltılması gerektiğini düşünmektedir. Bu görüşe göre, her bir aile hekimliği birimine bağlı nüfusun azaltılması, bireylere verilen hizmet kalitesine ve bu hizmetin çıktılarına önemli katkılar sağlayacaktır.

Katılımcılarımızın, koruyucu sağlık hizmetlerinin önündeki engellerle ilgili belirttiği önemli sorunlardan birisinin de poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu olduğu gözlenmiştir. Bu sorunu -poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu- birim başına düşen nüfusun fazla olması ve hekimlerin sorumluluğunun fazla olması sorunları ile birlikte/benzer düşünebiliriz. Hekimlerin iş yüklerinin bütünü değerlendirildiğinde bu işlemleri yetiştirememeleri veya bu işlemlerin bir kısmının aksaması beklenebilir. Ayrıca bu işlemler, hekimlere bağlı bulunan nüfus ile orantılı şekilde de artacaktır. Aile hekimliği birimine bağlı nüfusun azaltılmasını, katılımcıların tamamı önermese de birim başına düşen nüfusun fazla olması veya poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu sorunlarını katılımcıların tamamı belirtmiştir (Şekil 22).

"Yani çat kapı o hasta olaylarını ve biraz böyle hastalara randevulu gelme alışkanlığını edinsek yapılabilir, nüfuslar düşürülürse..." (Katılımcı 3)

"... Günlük hasta ve muayene sayılarının sınırlandırılması; bu zamanın taramaya, birincil korumaya ayrılması, yani o zamanın daha geniş şekilde, o kapsamda kullanılması bence daha efektif olacaktır." (Katılımcı 4)

"... Bunun için ne yapılabilir? İşte ne yazık ki hekim sayımız burada sıkıntılı, yani neresinden tutarsan elinde kalacak bir sistem var ama ideal yollarına, hekim sayısını ideal pozisyona, aile sağlığı merkezini ideal sayıya ulaştırıp yine ideal sayıda bir muayene sayısıyla şeyi dengelemek, periyodik muayeneleri öne alıp birincil korumaya önem vermek..." (Katılımcı 4)



Şekil 22 Birim başına düşen nüfusun fazla olması, poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu ve aile hekimliği birimine bağlı nüfusun azaltılması kodlarının birlikte oluşumu

Birinci Basamağın Üst Basamaklarla Etkileşimi

Katılımcılar, birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlar arasındaki etkileşim/iletişimin artırılması gerektiğini düşünmektedir. Bu öneri kodunu, sevk edilen hastalarla ilgili geri bildirim mekanizmalarının olmaması, üst merkezlerdeki hizmetlerin/polikliniklerin bazılarının aile hekimleri tarafından bilinmemesi, üst merkezlere sevk edilen hastalara yapılan işlemlerin AHBS'lerde görünmemesi gibi sebepler oluşturmuştur.

Bilindiği üzere hem AHBS'ler hem de HBYS'ler (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) başvuru verilerini merkezi bir veri tabanına düzenli olarak göndermektedir; hekimler, ilgili sağlık verilerine -ihtiyaç halinde- AHBS veya HBYS yazılımları vasıtasıyla e-nabız üzerinden ulaşabilmektedir. Bu bağlamda, aile hekimlerinin ilgili sağlık verilerine erişiminin olmamasının farklı nedenleri olabilir. Öncelikle bireyler, sağlıkları ile ilgili verilere, hekimlerin erişip erişemeyeceğini veya hangi hekimlerin erişebileceğini seçme hakkına sahiptir; örneğin bir kişi e-nabız'daki verilerine, aile hekimin erişimini kapatmışsa, aile hekimi o kişinin başvuru bilgilerini göremeyecektir. Bir başka ihtimal ise, üst merkezlere yönlendirilen hastanın ilgili başvurusunda, epikriz bilgilerinin -zaman kısıtlılığı, yoğunluk gibi nedenlerle- kısmen veya tamamen doldurulmamış olmasıdır. AHBS'deki veya e-nabız'daki teknik sorunlar da aile hekiminin ilgili bilgilere erişimine engel olabilir.

"... Benim takip ettiğim hipertansiyon, diyabet ya da diğer kronik hastalıklarla ilgili ikinci basamakta, üçüncü basamakta ne tür işlemler yapılıyor bunlarla ilgili geri dönüş mekanizmaları geliştirilebilir." (Katılımcı 1)

"Mesela bazı poliklinikler var, bizim haberimiz bile yok. Grupta konuşuluyor, ben bir kere rast geldim. Uyku polikliniği mesela. Yani ilde olan bazı, mesela işte ne bileyim bu ruh sağlığı merkezi mesela. Ruh sağlığını biliyoruz ama hiç koordinasyon yok, hiç koordinasyon yok! Aslında çok önemli. Bizim yönlendireceğimiz hastalar var. Biz mesela onun boşluğunu yaşıyoruz." (Katılımcı 3)

"... Devamında bu birinci ikinci basamak iletişimin güçlendirilmesi... Bunlar benim fikirlerim, naçizane." (Katılımcı 4)

"He burada bizim birinci basamak olarak eksikliğimiz, sevk ederken sözlü olarak 'Sen hadi bir dahiliye git' demek yerine yazılı olarak vermek gerekiyor. Ama bunun yazı olarak ya da daha da güzeli -elektronik sistem kullanıyoruz artık- elektronik sistem üstünden ben sevkini göndereyim. Hekim arkadaşım görsün, hekim arkadaşım bunun altında notunu yazsın. Ben göreyim. Bu sistemi entegre edebilmeliyiz ama şu yakın gelecekte bekliyor musun dersen çok beklemiyorum çünkü her birimiz farklı bir AHBS programı kullanıyoruz. Hastaneler şu anda bildiğim kadarıyla ilimizde [yazılım adı] kullanıyorlardı, bildiğim kadarıyla. O sisteme bizim sistemimiz entegre değil, birbiriyle direkt ilintili olmadığı için o notları göremiyoruz. Ancak (muayeneyi yapan hekim) muayeneyi hastanın e-nabız'ına gönderecek -o da bazen düşmeyebiliyor, geç düşebiliyor- oradan göreceğiz. Oradan alacağız ama e-nabız'daki şey, benim en azından muayene bilgisi ya da diyelim ki dahiliyeye yönlendirdim, dahiliyeci arkadaşın bu sevk sonucunda bulduysa bir hastalık bulgusu ve önerilerini ben kendi sistemime çekip kaydedemiyorum. İşte, dahiliye doktoru, tıkı tıkı tıkı, Ali Veli'nin önerisiyle diye sistemime düşmüyor. Yani onu ben görebilmeliyim. Keşke görebilsem; daha ruhuna uygun, amaca uygun hizmet edecek. Çünkü bu sefer kişinin tedavi planlaması, mesela dahiliyeci arkadaş -kolesterolü, lipit profili yüksek çıkmış- 6 ay sonra bir lipit profili kontrolü önermiş ya da 3 ay sonra önermiş ya da önce egzersiz önermiş sonra ilaç başlamış. Bunu yani

hastane içinde sadece kendi özelinde görüyorlar, il içinde görebiliyorlar. Hani hepimizin aynı sistemde görebilmesi lazım. Hastanın ekranında, bana yani özellikle hekimin önerileri, hekimin notları bana düşmesi lazım. Benim notumda, sevk ettiysem şu şu sebeple diye bana düşmesi lazım ki ben görebileyim, ben bileyim ki hastanın tedavisini hekim arkadaşım ne şekilde yönlendirmiş ne demiş ne dememiş, hastam gitmiş mi? Yani bak şimdi hastam gitmiş mi? Onu bile göremediğim için. Ancak hastanın izniyle e-nabız'ına bakıyorsunuz; e-nabız'ında 'Evet ya, gitmiş dahiliyeye'. Ama ne diye gittiği de belli değil. Belki de başka bir sebeple gitti. Senin sevkinin sonucunda gidip gitmediğini de bilmiyorsun. Hele ki daha önce kronik hastalığı var, sen bir şey, ekstra bir şey buldun. Bununla beraber gönderdin. Bunun sonucu bile çıkmıyor sana. Yani o yüzden ikinci basamakla birinci basamağın entegrasyonu daha iyi olmalı. Yani bilgilerimizi birbirimizle paylaşabilmeliyiz. Hekimler olarak birbirimize dönüş yapmalıyız. Dönüşlerimizin sağlıklı olması lazım. O notlarımızın sağlıklı olması lazım…" (Katılımcı 5)

Üst Merkezlerde Taramalar İçin Ayrı Randevu Sistemi

Bir katılımcımıza göre, koruyucu hizmetlere uyumu artırmak için üst basamaklara koruyucu hizmetler için ayrıca bir randevu sistemi tanımlanmalıdır; böylece üst basamaklarda randevu bulamayan hastaların bu sorunları çözülmüş olacaktır.

Katılımcımızın önerisi, koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında kolaylık ve yüzdesel olarak yükselme sağlasa da bu öneri, ikinci ve üçüncü basamakta randevu bulmakta sorun yaşayan (geç randevu bulan veya randevu bulamayan) -ve özellikle halihazırda bir sağlık sorunu olan- bireyler için sağlık hizmetini daha da erişilemez hale getirebilir. Bu bağlamda bu öneriyi, genel anlamda -sağlık hizmetinin genelinde- hizmete erişimle ilgili bir sorunun olmadığı, bireylerin ihtiyacı olduğu zamanda ve ihtiyacı olduğu kadar sağlık hizmeti alabildiği bir durum için düşünmek daha etkili sağlık sonuçları verebilir.

"Şimdi, evet, biz eğer bununla ilgili bir sevk zinciri oluşturursak -mesela kronik hastalığı olanlar için- bence bu hastalara, arada diğer gereksiz hasta yoğunluğunda daha hızlı randevu alırlar. Ama o sistemin kurulması lazım. Ya ben aile hekimi olarak, evet hastanın kardiyolojik muayenesini tamamen yapmamın imkanı yok ama nedir, tahlilini alırım işte tansiyon

regülasyonuna bakarım, değerlendirip ölçümlerini yaptırırım -mesela 5 günlük ya da 1 haftalık- bunları hazır edince ben kardiyoloğa gönderdiğim zaman bu hastanın yani evet o zaman diliminde gidilebilecek bir randevu alma sistemi olması lazım. Ya, o yüzden hani o sistem yok, hasta normal hastalar gibi randevu almaya çalışıyor, işte bazen alıyor, alamıyor, gecikiyor. Aradan zaman geçirilip o hastayı unutuyoruz. Yani o ay içinde yapılırsa mesela en azından daha iyi olur." (Katılımcı 3)

HYP Sisteminin İkinci ve Üçüncü Basamak Çalışanlarına da Tanımlanması

Bir katılımcımız, HYP sisteminin üst basamaklardaki hekimlere de tanımlanmasını önermektedir. Böylece, hekimler, hastalarının bilgilerini daha kolay ve daha detaylı olarak değerlendirme fırsatı bulabilecektir.

"Bir de biz mesela, bu sistemde diyetisyene yönlendiriyoruz ya da ne bileyim uzmana yönlendirdiğimiz ekranları, uzman görmüyor HYP'de. Yani tetkikler düşüyor, tetikler havuza düştüğü için -e-nabız'a düştüğü için- yapılan tetkikleri görüyor orada. Ama onunla ilgili önceki durum -mesela diyabet hastası için konuşalım- kilo vermesi; hemoglobinin mesela bizde gözüküyor ekranda, mesela hemoglobin değeri hedef önceki nasılmış, sonraki nasılmış. Biz veri girdikçe sisteme bize çizelge çıkıyor, kilosuna göre çıkıyor, hemoglobinine göre, açlık kan şekerine göre çizelge çıkıyor. Mesela bunu, hastanedeki hekim -yönlendireceğimiz hekim- göremiyor. Ne olabilir? Şu olur, çıktı verip eline verip anca belki öyle olabilir." (Katılımcı 3)

Sağlık Çalışanlarının Özendirilerek Çalışması

Bir katılımcımız, hekimlerin özendirilerek çalıştırılması gerektiğini, çalışma motivasyonlarının yüksek tutulması gerektiğini önermiştir. Özellikle pandemi döneminde oldukça zor şartlarda ve yoğun bir çalışma temposu ile işlerini yapan -tüm sağlık çalışanları gibi- birinci basamak çalışanlarının motivasyonlarının yüksek olması koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasını artıracaktır. Nitekim temel sağlık hizmetleri görüşüne göre de personelin özendirilerek çalıştırılması önerilmektedir.

"Bunlar önemli çünkü ilk taramalar eldeki bizim, herkesi tarayalım, herkesin referans dosyası olsun ama eldeki, yapılması gereken işi yapabilecek yeter sayıda ve nitelikte maalesef hekimimiz yok artık. Ki hekimlerin zaten tükenmişliğinden, pandemi sonrasında 'Çok teşekkürler' denilip de unutulmasından gayri ben hala sağlık sisteminde çok büyük sıkıntılar yaşadıklarını düşünüyorum. Bütün sağlık çalışanlarının mutlu olmadığını düşünüyorum. Herkes yaptığı işi maksimum özeni göstererek yapmaya çalışıyor. Gayretle çalışıyor ama motivasyon gerçekten zor bir şey. Yani bir insanın koşa koşa işe gidebilmesi lazım."

Koruyucu Hizmetlerle İlgili Güncel Şartların Değerlendirilmesi

Katılımcılarımız, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili güncel şartların değerlendirilerek bu değerlendirmeler sonucuna göre güncel kararlar alınması gerektiğini düşünmektedir.

Bahsedilen değerlendirmelerin yapılmasında konunun taraflarının görüşlerinin de alınması önemli olacaktır. Nitekim, incelenen bu öneriye en sık eşlik eden kodun "sahanın görüşü alınmadı" kodu olması bu görüşü desteklemektedir.

"... Bunun dışında, ülke gerçeklerine göre değiştirilmeli. Ülkenin insanının özelliklerini, örneğin şu ekonomik krizde 'Haftanın kaç günü et balık tüketiyorsunuz?' sorusunu ben soramam kendi hastama. Soramıyorum da. Hastanın kaç günü et tükettiğini soramıyorum. Hani ülke gerçekleriyle de güncellenmeli." (Katılımcı 1)

"Yani biz sonuçta memleketimiz için yapacak bir iş varsa bizim buna sahip çıkmamız lazım. Bu bizim işimiz zaten ama buna nasıl sahip çıkılır? Buna çözüm nasıl üretilir? Bu işlemin nasıl işlevsel olduğunu bize sormaları gerekiyor. Hani ara ara mesela -bence tez konumuz çok isabetli bir konu olmuş halk sağlığı uzmanı olarak, ben de sizi takdir ederim- bu sistemin değerlendirilmesi lazım. Yani mevcut işleyişteki sorunları düzeltecek olanlar biziz, sizsiniz; 'Bu işleyiş nasıl?' hem hasta yönünden hem sistem ve hastane üçgeninde değerlendirilmesi lazım." (Katılımcı 3)

Sahanın Görüşü Alınmalı

Katılımcılarımız -sorunlar bölümünde sıklıkla vurguladığı gibi- sahanın görüşünün alınmasını önermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili meslek örgütlerinin çalışmalarının ve raporlarının olduğu, meslek örgütlerinin görüşlerini Bakanlığa ulaştırmak için çaba gösterdiği ve görüşlerini paylaşmaya hazır oldukları belirtilmiştir.

Birinci basamakta yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı, niteliği ve önemi göz önüne alındığında konunun taraflarının görüşünün/fikirlerinin alınması elzemdir. Hekimlerin bu taleplerinin karşılanması koruyucu hizmetlerdeki sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır. Ayrıca yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı sadece sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması değil aynı zamanda bu hizmetlerden yararlanan bireylerin de görüşlerinin alınması önemli olabilir.

"Kesinlikle, bu konuda yetkili, bu işi yapacak aile hekimlerinin temsilcisi olan AHEF ile görüşülmeli. Bu konuda birinci basamaktan mutlaka ama mutlaka görüş alınmalı, düzenleme açısından. Tabii ki işin bu konuda -biraz teorik kısmı konusunda- aile hekimleri ve halk sağlıkçılar mevcut diğer ülke modellerini inceleyip ülkeye güncellemeli ama işin kilit kısmı mutlaka ve mutlaka bir politika oluştururken o politikayı uygulayacağın ve uygulayacak kişilere bu politikanın önemini, hedeflerini, uygulama şekillerini danışmak, anlatmak, özümsetmek gerek." (Katılımcı 1)

"... Tüm birinci basamakta, primerde aile hekimliği federasyonumuz, halk sağlığı uzmanları dernekleri, onun dışında TAHUT -Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği-, Türk Tabipler Birliği'nin TAHEK aile hekimliği kolu, Türk Aile Hekimliği Vakfı, TAHEV, TAHEF... Bunların hepsi, siz 'Ben görüş almak istiyorum.' dediğinizde zaten görüşmek için can atan kesinlikle ve bu görüşlerini zaten görüşmeseniz dahi internet ortamında arattığınız anda, sitelerine girdiğiniz anda Türkiye'de aile hekimliği ya da HYP konusunda TTB önerisi, AHEF önerisi dediğinizde zaten sayfalarca yazıları var ama hani birinci basamağı şekillendirirken mutlaka bu sistematiği kurgulayan, uygulayan kişilerden görüş alıp fikir almak gerekiyor." (Katılımcı 1)

"Bu konuyla ilgili zaten üyeliklerimizin olduğu derneklerimiz var, çalışmalar yapan şeyler var, federasyonlar. İşte bununla ilgili çalıştaylarda ciddi beyin fırtınaları döndü. Bence bu konuyla ilgili yapılacak şeyler: Bu çalıştayların Bakanlık düzeyinde, bürokratik düzeyde muhatap alınıp onlarla bir istişare edilmesi yani sahadan bir gözün mutlaka Bakanlığının içinde olması, onun fikrinin alınması. Bu ehil bir kişi -tabii ki- olacak ki, illaki vardır. Bu çerçevede bir ilerleme, planlamanın yapılması... Çalışmanızı değerli buluyorum. Bu yeni ve taze bir genelgeydi, yeni bir uygulamaydı. Bunun, umarım ses getirmesi sağlanır da yüksek mertebelerde gözle görülür hale gelir, bununla ilgili çalışmalar artar; siz bunun öncüsü olursunuz diye umut ediyorum, diliyorum." (Katılımcı 4)

Aşamalı Bir Yaklaşım

Katılımcılarımız, özellikle HYP için belirlenen işlemlerin bir anda tam olarak uygulanabilmesinin zor olduğunu düşünüp; bu işlemlerin kademeli olarak artırılması gerektiğini düşünmektedir. Böylece yapılması planlanan işlemler uygulanmaya devam ederken, hekimlerin iş yüklerinde de bir yığılmanın önüne geçilmiş olacaktır.

"Belki ilk zaman için sadeleştirilmesi gerekiyor. Yani daha sade bir analiz yapalım. Gerçekten popülasyonumuzun yüzde kaçı hipertansif, yüzde kaçı diyabetli. Sonraki aşamada 'Evet, hipertansiyonu taradık, oranımız şu; diyabeti taradık, oranımız şu; sigara kullanımını taradık oranımız şu. Şunlara, şunlara biraz daha yönelelim, sonrasında bunları daha sistematik hale getirelim.' dememiz lazım ama biz işi tersten başlattık gibime geliyor." (Katılımcı 1)

"... Çünkü hakkını vererek yaptığın zaman mesela bunun tahlilini, kendisiyle görüşmeleri o kadar çok ayrıntılı soru var ki, bence soruların bir kısmının çıkarılması gerekiyor." (Katılımcı 3)

Sonuçların Saha ile Paylaşılması

Bir katılımcımız tarafından, HYP'de yapılan işlemlerin sonuçlarının sahadaki aile hekimleri ile paylaşılması, bu verilerle geliştirilen politikaların paylaşılması hatta sonuçlara göre bölgesel politikalar geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir.

"Onun dışında, bunu hani böyle bir bilgisayar programına sürekli veri girerek değil, bu verilerin işleneceği, bu verilerden sonuçları çıkartılacağı hatta bu raporların kişinin aile hekimleriyle dönemsel paylaşılacağı, bölgelere yönelik politikalar düzenleneceği, örneğin benim bölgemde belki hipertansif hasta sıklığı çok yoğun ve benim bu konuda bir tık daha çalışmam gerektiğiyle ilgili bana bir dönüş yapılmıyor. Ya da benim takip ettiğim hipertansiyon, diyabet ya da diğer kronik hastalıklarla ilgili ikinci basamakta, üçüncü basamakta ne tür işlemler yapılıyor bunlarla ilgili geri dönüş mekanizmaları geliştirilebilir." (Katılımcı 1)

Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Yeni İstihdam

Katılımcılarımızın sorun olarak gördüğü önemli hususlardan birisi de -ilgili bölümde tartışıldığı üzere- iş yükünün fazla olmasıdır. Bu duruma bir çözüm olarak, katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerindeki işlemleri yapmak veya kolaylaştırmak adına aile hekimliği birimlerindeki aile sağlığı çalışanlarından ayrı bir personel istihdamının sağlanmasını önermektedirler.

Bu öneri, sağlık sistemindeki "koruyucu sağlık hizmetleri için örgütsel düzenleme" önerisine kavramsal olarak benzerlik gösterse de hem etki olarak sağlık sisteminin daha dar bir bölümünü ilgilendirmesi hem de yardımcı sağlık personelleri ile doğrudan ilgili olması bakımından bu bölümde değerlendirilmiştir. Katılımcılarımızın bu önerisi, hekimlerin iş yükünü azaltması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla zaman ayırabilmesi gibi sonuçları bakımından önemlidir ve koruyucu hizmetlerin uygulanmasından iyileşmeler sağlayabilir.

"Taramaların -eğer birinci basamağın yükü aynı şekilde devam edecekse aile hekimliği uygulamalarında- özellikle taramaların en azından zorunlu parametrelerinin, yeni oluşturulacak yardımcı sağlık personelinin istihdam edilmiş birimler tarafından hazırlanmasının zaman

kazandıracağını düşünüyorum. Yani ben A okulunun öğrencilerini muayene edeceğim zaman, elimde eğer onların bana muayeneye gelmeden bir hafta 10 gün önceki tetkik değerleri olursa bu iş çok hızlı ilerler. O muayeneyi ben sistemik yani fizik muayenesini çok daha hızlı geçebilirim. Laboratuvar test sonuçlarını çok daha rahat değerlendirebilirim. Dolayısıyla her işi birinci basamakta aile hekimliği birimine yıkmak çok da… Yapmak için yaparsınız işte o zaman bir şeyleri." (Katılımcı 2)

"Bunun için -ekstra bir ön görüşmeyi sağlayacak- bence bizim ya bir tıbbi sekreterimizin ya da ekstra bir personelin olması lazım. Yani ön görüşmeyi yapacak, bu formda hastaya bunları soracak önden. Eee, ne diyoruz biz ona? Konsültan bir hemşireye ihtiyacımız var, konsültan, aynen. Bizim önümüze geldiğinde, biz birçok yönde onunla hastayı değerlendiriyoruz çünkü. Eğer önden bu formları dolduracak birisi olmuş olsa -bunu hastaya vermiş olsak- bunu hasta kendi de himaye edebilir. Mesela o görüşmelerde altına yazarız, işte şu tarihte tekrar gel. Yani böyle hastayı da bağlayacak, böyle hani nasıl aşı kartı gibi böyle bir süreç yapılabilir yani daha hızlı olur işlemler." (Katılımcı 3)

"Yani o yüzden, yaptığımız iş bence gerçekten, hani birinci basamak olarak bence sistem üzerinde çok önemli. Yani bunu efektif kullandıktan sonra bence sağlık sisteminde çok büyük bir yük -hem ekonomik anlamda hem de işleyiş anlamında- düzelmiş olur ama ara personelleri mutlaka çoğaltmak lazım; kronik hastalığın takibini yapacak ayrı bir personelimiz olması lazım. Şimdi yani 2 doktora mesela bir hemşire verilebilir. Kronik hastalık takibini yapacak konsültan hemşire, -hemşire yardımcıları mezun oluyor birçok mesela- senin nüfusundaki kişiler belli, sistemine girip mesela kaç kişi var, bunlar ne zaman gelmiş, ondan sonra ne zaman tahlil yapılmış? Bunlar sistemine girip bakabilir. Bunların ölçümlerini yapar. Tansiyonlarını mesela yapar. Ondan sonra kanlarını aldıktan sonra bize getirirse, biz onu yönlendiririz mesela. O süreç tamamen açılır hem de orada bir istihdam olmuş olur. Hemşiremiz de gebeyle, işte çocukla, bağışıklamayla mesela uğraşmış olur." (Katılımcı 3)

İzlem Takviminin Esnetilmesi

Bir katılımcımıza göre, koruyucu hizmetler için belirlenen takvim aralığının esnetilmesi gerekmektedir.

"... Yani o zaman dilimleri mesela daha erken girdiğimiz ya da mesela daha geçler kabul edilsin de daha erkeni kabul etmiyor mesela. Bence o daha esnek olabilir. Bir de o zaman diliminde yapman gerekiyor ve o zaman diliminden geç yapsan kabul ediyor sistem ama gelip bir sonraki takvime göre veriyor aralığı. Yani diyelim ki mesela benim ocak 15 ile şubat 15 arasında yapmam gerekiyor ya, ben şubat 18'de girdim yapmam gerekeni kabul ediyor ama 6 ay sonraki hedef gene veriyor, yani o yüzden o izlem aralıkları bence esneyebilir olması lazım. Erken yapmaya müsaade etmek, ondan sonra işte geç yapmaya zaten müsaade ediyor. Bir sonraki aralık, yaptığımız aralığa göre değişmesi lazım." (Katılımcı 3)

Tarama Sıklığının Azaltılması

Bir katılımcımıza göre, koruyucu sağlık hizmetlerinin tarama/izlem sıklıklarının azaltılması gerekmektedir. Böylece koruyucu hizmetlerin uygulanma düzeyleri yükselecektir.

"... Mesela biz bazılarında iyiyiz ama bazılarında bir türlü yükselemiyoruz çünkü tansiyonda 3 aya bir izlem veriyor ve rakam (izlem yapılması gereken kişi sayısı) *çok yüksek. Mesela tansiyon hastası olan, regüle olan benim çok hastam var; işte 'Hadi bir tansiyonunu da ölçelim, sisteme gireceğim' diyorum, yani nazlanarak ölçtürüyor adam tansiyonunu. Yani ölçtürmek istemiyor. Bence tansiyon izlemini de -diyabet gibi- 3 ayda bir değil de 6 ayda bire düşürülmesi lazım."* (Katılımcı 3)

Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Bir Zaman Tanımlaması

Katılımcılarımıza göre, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin yürütülebilmesi için bu hizmetlere ayrıca bir zaman tanımlanmalıdır. Burada hekimlerin mevcut iş yükü fazlalığı ve özellikle poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu gerekçe gösterilmektedir. Nitekim, incelenen bu öneriye en sık eşlik eden kodun "poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu" olduğu gözlenmiştir.

Bir katılımcımızın belirttiği gibi, aile hekimleri çalışma planlarında koruyucu sağlık hizmetleri için bir zaman tanımlaması yapabilmektedir, bu bağlamda koruyucu hizmetlere zaman tanımlayabilmek için bir engel görülmemektedir ancak bu öneriyi -aynı şekilde katılımcıların belirttiği gibi- diğer işlerinden dolayı koruyucu hizmetlere zaman kalmaması sorunu çerçevesinde değerlendirdiğimizde, böyle bir zaman tanımlanmasına -koruyucu hizmetlere zaman ayrılabilmesine- ihtiyaç bulunmaktadır. Bu durumda da bu önerinin arka planında, hekimlerin iş yükü ile ilgili düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşünebiliriz.

"... Hiç boş vaktim kalmıyor o yüzden, şimdi masanın üstünde hep hastaların işte boy, kilo, tansiyon ölçümleri hep bekliyor şeklinde. Çünkü niye? Bunları sisteme girmem için ayrı bir zaman dilimi gerekiyor. Yani hasta geliyor, hastaya bunu anlatıyorum. Uygun olmuyor. Bir tahlil için tekrar gelmesi gerekiyor. Haliyle tahlil sonuçlarını değerlendirmem için o gün tekrar uğraması, bunları konuşup sistemde bunları doldurmam için bunun yani vakit alıcı. Yani bizim buna yeterince süremiz yok. Yani hemen tahlili değerlendirip, hemen girmemizin imkanı yok. O yüzden bu değerlendirmeyi daha sonraki zaman dilimlerine sarkıtıyoruz mecburen, HYP'ye girmek için." (Katılımcı 3)

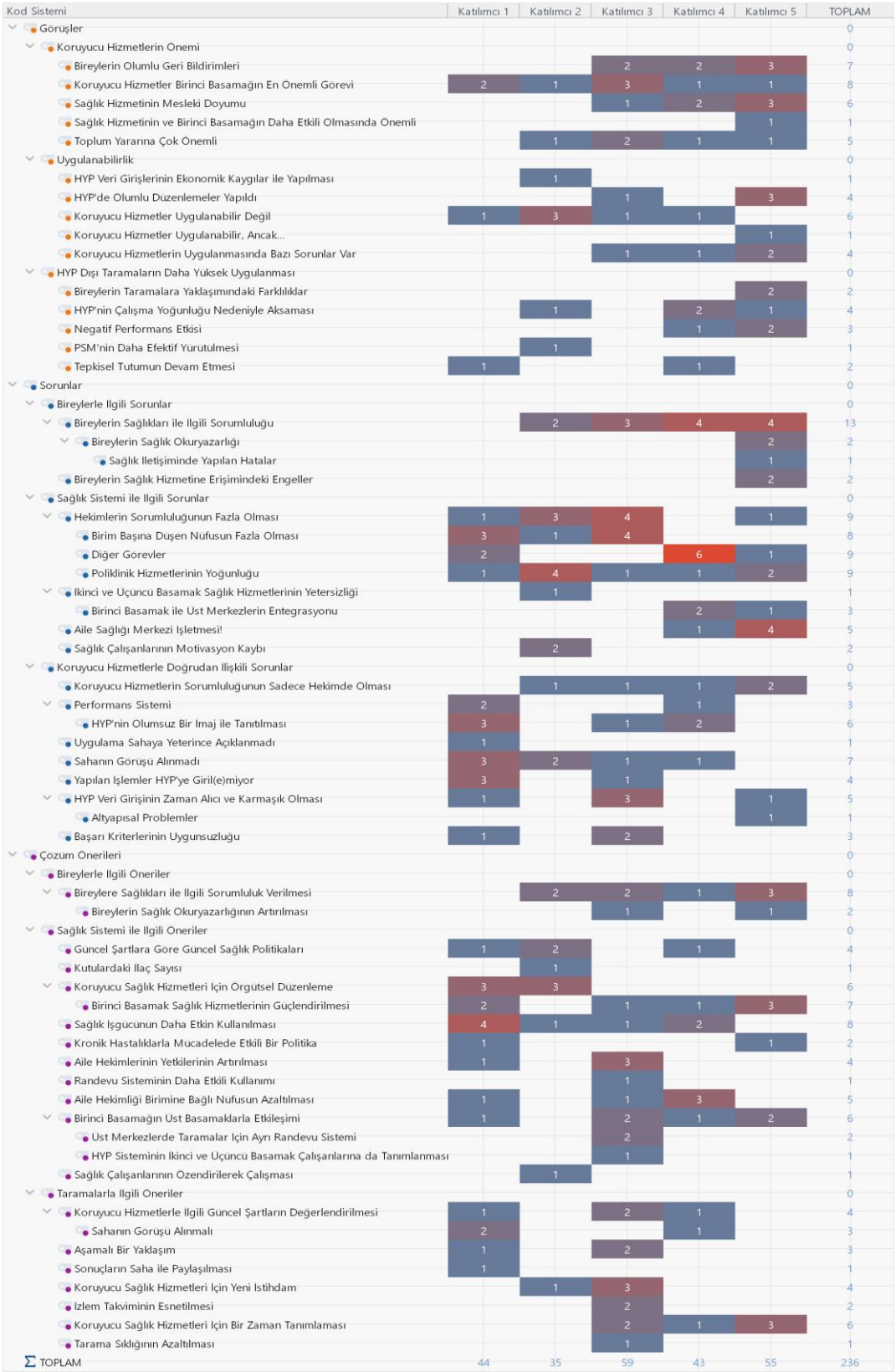
"... Az önce konuştuğumuz mevzuları biraz daha açarsak, işte taramalara ağırlık verecek şekilde zaman ayrılması..." (Katılımcı 4)

"HYP, başlı başına zaman alacak bir şey, yani her ne kadar hızlandı, daha rahat desek de onun için ekstra bir zaman ayırmak gerekiyor. Pek çok hekim arkadaş gibi ben de mesai dışında zaman ayırıyorum. Mesai saatleri dışında zaman ayırıyorum ona. Ben gelen hastanın gerekli

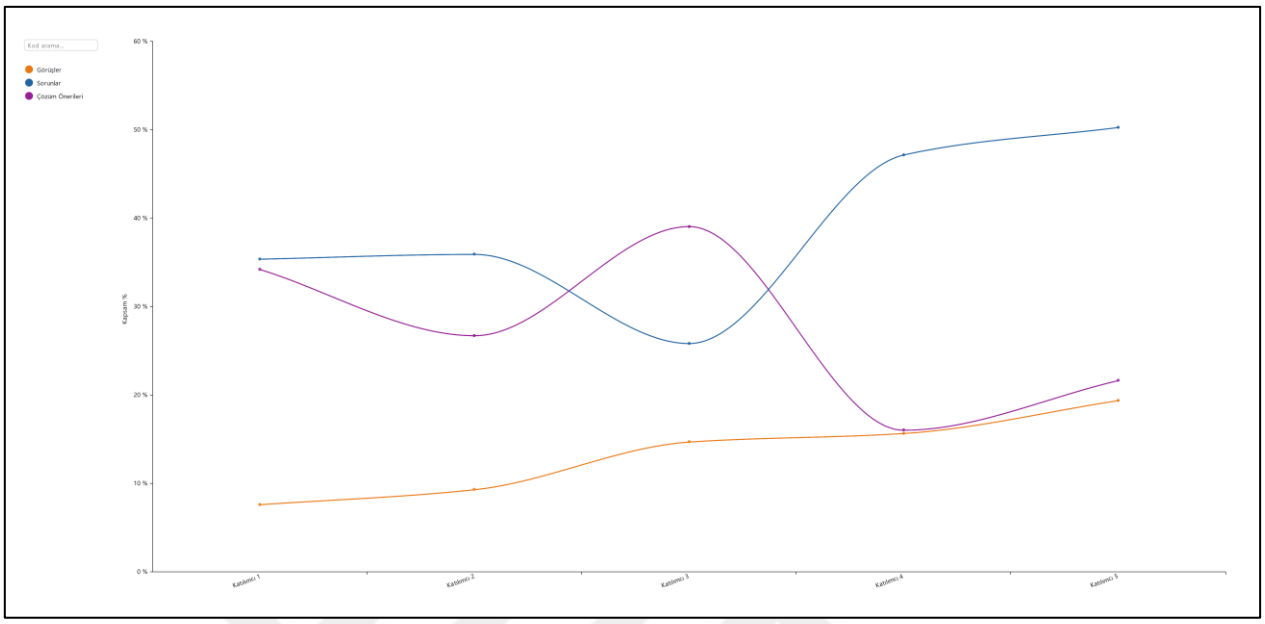
tahlilini, takibini yaptıktan sonra gerekli ölçülerini gerekli bilgilerini alıp mesaiden sonra bu verileri ancak sisteme girebiliyorum. Ancak vakit bulabiliyorum. Hekimlik pratiğinde hani yer yer değişiyor, ortalama 20 poliklinik yapan hekim arkadaşlar da var 110-120 poliklinik yapan arkadaşlar da var. Ortalama kendi polikliniğim 80 ve üstü ve bunun %50'sinin üstü primer muayene olduğu için HYP'ye zaman -hani o an için hasta girdi her şeyini birebir- zaman ayırma şansım yok. Ama ne oluyor? Gerekli danışmanlıklar, gerekli bilgiler veriliyor. Ondan sonrasında zaten hastaların kayıtları, kullandığı ilacı vesaire her türlü bilgisi elimin altında; gerekli ölçümleri boyu, kilosu, tansiyonu, kronik hastalık sorgulanmaları hemen bir şeye, özel [yazılım adı] formatında bir şey hazırladık, buna kaydediliyor. Ondan sonra bunları peyderpey giriyoruz. Pek çok, pek çok hekim aynı şeyi yapıyor. Yani başka, çünkü ekstra zaman ayırmadan bunu girebilme şansımız yok yani." (Katılımcı 5)

"Ama, hani bunu daha düzenli hale getirip kendi zamanlarımızı da kendi poliklinik zamanlarımızda da mesela HYP için zaman ayırabilsek ya da koruyucu sağlık hizmetleri için belli zamanlar tanımlayabilsek çok daha güzel olacak ama tanımladığımız zaman -o zaman tanımlamalarını sistematik olarak tanımlayabiliyorsunuz, yapabiliyorsunuz programlar gereği ama- bunu yaptığın zaman da hasta muayene etmezsen o anda, HYP için kimse gelmemiş ama kapıda da hasta beklerken bir ikilemde kalıyorsun. O yüzden de hani bunu sadece katı kurallarla ayıramıyorsun. Birbirine mecburen bir geçme oluyor. Öyle de bir handicap'ımız (engel) var." (Katılımcı 5)

Çalışmamız kapsamında yapılan görüşmelerin tamamından oluşturulan; temalar, alt temalar, kodlar ve alt kodlara ait kod dağılımı, tema kapsamı dağılımı ve kod bulutu, şekilde verilmiştir (Şekil 23, Şekil 24, Şekil 25).



Şekil 23 Tema, alt tema, kod ve alt kodların katılımcılara göre dağılımı



Şekil 24 Katılımcılara göre tema kapsamı dağılımı



Şekil 25 Kodlar ve alt kodların kod bulutu

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile hastalık yönetim platformunda belirlenen iş ve işlemleri uygulama düzeylerinin belirlenmesi ve bu taramalar hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Araştırmamıza katılım ve katılımcıların ilçelere dağılımı değerlendirildiğinde araştırmanın kendi evrenini temsil ettiği söylenebilir.

PSM uygulamalarını, katılımcıların %42,3'ü uygulanabilir olarak değerlendirirken HYP uygulamalarını katılımcıların %15,5'i uygulanabilir olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliği ile ilgili genel olarak olumsuz bir görüşe sahip olduğu gözlenmiştir. Bu durumun nedeni -katılımcıların da belirttiği gibi- sağlık hizmetlerinin genelinde, koruyucu sağlık hizmetlerinde ve bireylerle ilgili yaşanan çeşitli sorunlar olabilir. Burada öne çıkan sorunlar arasında bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluklarının olmaması; sağlık hizmetinin yürütülmesindeki iş yükü fazlalığı, hekimlerin çok çeşitli idari ve sağlık hizmet dışı sorumlulukları; koruyucu hizmetlerin uygulanmasının zaman alıcı ve -bazı uygulamalar için- karmaşık olması, Bakanlık merkez teşkilatı ile saha arasındaki iletişim ve koruyucu hizmetlerin sorumluğunun sadece sağlık çalışanlarına verilmiş olması yer almaktadır.

Aile hekimlerinin görev tanımları, görevlerinin muhteviyatı ve mevcut iş yükü göz önüne alındığında, hekimlerin görevlerini yaparken yorulmaları, yıpranmaları, verilen görevleri/hedefleri gerçekleştirememeleri ve tükenmişlik yaşamaları beklenebilir. Nitekim Yardımcı Y. ve arkadaşlarının (55) aile hekimliği sisteminin ilk yıllarını değerlendirdikleri çalışmasına göre; aile hekimliği sistemi ile birlikte hekimler alışkın olmadıkları bir iş yükü ile karşılaşmıştır ve aile hekimleri arasında tükenmişlik sendromu yaşayanların sayısı artmaktadır. Bu çalışmanın 2015 yılı içerisinde yürütüldüğü ve o yıldan günümüze aile hekimlerinin mesleki sorumluluklarının giderek arttığı göz önüne alındığında, hekimlerin mevcut koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliği ile ilgili karamsar olmaları beklenebilir. Benzer şekilde, Aktaş EÖ. ve Çakır G.'nin (56) aile hekimliği sisteminin ilk yıllarında yaptığı çalışmada da, aile hekimlerinin birimlerine bağlı nüfus, aile hekimlerinin iş yükü ve yasal sorumlulukları gibi konular çalışmada değerlendirilen sorunlar

arasındadır. Bu bakış açısıyla, aile hekimlerinin çalışmamızda değerlendirilen sorunlarının -en azından bir kısmı- süregelen sorunlar arasındadır ve bu sorunların o dönemde de koruyucu sağlık hizmetlerinde ve sağlık hizmetinin genelinde aksamaya neden olduğu sonucuna varılabilir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak, Gökçek MB. ve Benli NÇ.'nin çalışmasına (57) göre HYP'nin kolay uygulanabilir olduğunu düşünen katılımcıların orantısı %15 civarındadır; bu çalışmada dikkat edilmesi gereken nokta, katılımcılara yöneltilen sorunun "HYP'nin uygulanabilirliği" değil "HYP'nin kolay uygulanabilirliği" ile ilgili olmasıdır. Dolaylı olarak çalışmamızla benzer sonuçları vermesi beklense de söz konusu sorunun bağlamının ve ölçmeyi hedeflediği verinin farklılığı göz ardı edilmemelidir.

Koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde dikkat çeken bir diğer husus, HYP'nin uygulanabilirliğinin PSM'ye göre daha az olarak değerlendirilmesidir. Bu durumun nedeni HYP'nin yeni bir uygulama olması olabilir. Bilindiği üzere, PSM'de yer alan işlemlerin bir kısmı -aşılamalar, gebe izlemleri, bebek/çocuk izlemleri- çok uzun yıllardır oldukça etkili ve başarılı bir şekilde devam eden işlemlerdir; dolayısıyla aile hekimleri bu işlemleri halihazırda yaptıkları için bunların uygulanabilirliği ile ilgili bir şüphe duymuyor olabilirler. Ancak HYP, hekimlerin sorunlarının ve iş yüklerinin üzerine yeni sorunlar ve yeni iş yükü olarak değerlendirilmiş ve hekimler tarafından "uygulanamaz" olarak algılanmış olabilir. Bununla birlikte mevcut işleyişte, negatif performansta olan uygulamalar -aşılamalar, gebe izlemleri, bebek/çocuk izlemleri- PSM kapsamında yer almaktadır; negatif performansta yer alan işlemlerin daha yüksek düzeyde uygulanması hem araştırmamızın bir sonucu hem katılımcılarımızın bir görüşü hem de beklenen bir durum olduğundan, PSM'nin uygulanabilirliği daha yüksek bulunmuş olabilir.

Yukarıda tartışılan durumlar, HYP'nin uygulanabilirliği ile ilgili olumsuz görüşü tek başına açıklamaya yeterli olmayabilir. Burada, HYP özelinde değerlendirilmesi gereken birkaç husus daha yer almaktadır. Öncelikle HYP'nin bir koruyucu hizmet olduğu ve koruyucu hizmetlerin, birinci basamağın en önemli görevlerinden olduğu konusunda hem Bakanlık hem de aile hekimleri hemfikirdir. Ancak HYP'nin, COVID-19 pandemisinin kontrol altına alınmaya başlandığı -hekimlerin çalışma hayatının kısmen normale dönmeye başladığı- bir dönemde üstelik de -kısmen- negatif performans ile hayata geçirilmesi hekimlerin tepkisini çeken bir durum olmuştur. Negatif performans uygulamasından dolayı hekimlere birtakım maaş kesintileri uygulanmıştır ve hekimler bunu bir "ceza" olarak algılamıştır. Bahsedilen dönemde çok farklı mecralarda, hekimlerin

kendileri tarafından, dernekleri tarafından, sendikaları ve diğer meslek örgütleri tarafından "mevcut şartlarda HYP'nin uygulanabilir olmadığı, yapılamayacağı" dile getirilmiştir (58-63). Bu tepkilerden kısa bir süre sonra Bakanlık, HYP'deki negatif performans uygulamasını iptal etmiştir; (44) ancak yine de aile hekimleri, ilerleyen dönemlerde negatif performansın yeniden getirilebileceği ile ilgili endişe duyuyor, bundan dolayı da HYP'yi uygulamıyor ve HYP'nin uygulanabilir olmadığını düşünüyor olabilir. Nitekim Bakanlığın resmi internet sitesinde, ilgili yönerge halen yürürlüğe girdiği ilk hali -negatif performansa göre düzenlenmiş katsayılar- ile yer almaktadır.

Aile hekimlerinin uygulanabilirlik ile ilgili görüşleri, PSM ve HYP'yi uygulamalarına da yansımıştır; katılımcıların PSM uygulama puanı, HYP uygulama puanından -oldukça büyük etki büyüklüğü ile- yüksek bulunmuştur. Hekimler, yukarıda bahsedilen nedenlerle HYP'yi daha düşük düzeyde uyguluyor olabilir.

HYP ve PSM uygulamalarının çeşitli sosyodemografik ve çalışma özelliklerinden etkilenip etkilenmediği incelendiğinde; cinsiyet, uzmanlık durumu, görev yerinin coğrafik özelliği, çalışılan birimin grubu, ilçe, yaş, hekim olarak çalışma süresi, aile hekimi olarak çalışma süresi ve birime bağlı nüfus özelliklerinin HYP ve PSM uygulamalarının bir belirleyicisi olmadığı saptanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi, bu önemin hekimlerin tıp eğitimi aldığı yıllardan başlayıp meslek hayatları süresince vurgulanması, koruyucu hizmetlerin bireylere ve sağlık sistemine olan olumlu katkıları ve gerek çalışmamızın bulgularına gerekse de literatüre göre, hekimlerin koruyucu hizmetlerin önemi konusundaki görüşleri göz önüne alındığında, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin söz konusu hizmetlerin belirleyici olması beklenen bir durum değildir. Yine de konu hakkındaki yapılan çalışmalardan bazıları görüşlerimizi desteklerken bazıları farklı sonuçlar bulmuştur. Yangı DT. ve arkadaşlarının (64) 5.183 aile hekimi ile yaptığı çalışmasına göre, aile hekimlerinin PSM ile ilgili bilgi düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermezken tutum ve davranışları arasında farklılık bulunmaktadır. Şahin MK. ve Aker S.'nin çalışmasında (65) ise hekimlerin yaş, cinsiyet, çalışma yılı ve hasta sayısı gibi özelliklerin kolorektal kanser taramasında etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Vautrin H. ve arkadaşlarının cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ile ilgili İsviçre'de yaptıkları çalışmasında (66) yaş ve cinsiyet gibi bazı sosyodemografik özelliklerin koruyucu hizmetlerin uygulanmasında etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.

Günlük ortalama muayene sayısının, PSM uygulamalarının bir belirleyicisi değilken HYP'nin belirleyicisi olduğu, günlük ortalama muayene sayısı arttıkça HYP uygulama düzeyinin de arttığı görülmüştür. Çalışmamızın önemli bulgularından biri, koruyucu hizmetlerin uygulanmasına engel olan durumlar arasında; iş yükü, aile hekimliği birimine bağlı nüfus ve günlük ortalama muayene sayısı fazlalığının bulunmasıdır; bu bağlamda burada beklediğimiz sonuç günlük ortalama muayene sayısının artmasıyla HYP uygulamasının azalması olacaktır ancak bu kısımla ilgili sonucumuz -yukarıda belirtildiği gibi- bunun tam tersidir. Üstelik aile hekimliği birimine bağlı nüfus ile günlük ortalama muayene sayısı arasında pozitif korelasyon, birime bağlı nüfus ile koruyucu hizmetleri uygulama düzeyi arasında da negatif korelasyon beklenen bir durum iken; çalışmamızda, birime bağlı nüfus ile HYP ve PSM uygulama düzeyi arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuçlar ışığında bahse konu bulgumuzu yorumlamak oldukça güçleşmektedir; burada yapılacak yorumlardan biri, söz konusu sonucun tesadüfe bağlı olmasıdır. Nitekim "günlük ortalama muayene sayısının artmasıyla HYP uygulama düzeyinin artması" sonucunun etki büyüklüğünün oldukça küçük olduğu gözlenmektedir.

Çalışmamızın hem birinci aşamasında hem de ikinci aşamasında, koruyucu hizmetlerle ilgili sorunlar ve çözüm önerileri sorgulanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçların yorumlanmasında da her iki aşamadaki bulguları birlikte değerlendirmenin daha uygun olacağını düşünüyoruz. Burada çalışmamızın her iki aşamasındaki sonuçların her iki koruyucu hizmet grubu (PSM ve HYP) için de benzer olduğu dikkat çekicidir. Katılımcıların belirttikleri sorunların başında; hastaların sorumluluğunun olmaması, günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması, yapılacak işlemlerin uzun ve karmaşık olması, 2. ve 3. basamak kurumlarla koordinasyondaki eksiklikler, aile hekimliği birimlerine kayıtlı kişi sayısının fazla olması gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır. Koruyucu hizmetlerdeki yaşanan bu sorunları -bulgular bölümünde olduğu gibi- bireylerle ilgili sorunlar, sağlık sistemi ile ilgili sorunlar ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilişkili sorunlar olarak gruplayabiliriz.

Bireylerle ilgili sorunlar, genel olarak bireylerin koruyucu hizmetlerle ilgili sorumluluğunun olmaması ve bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olmasıdır. Mevcut sağlık sistemimizde koruyucu hizmetlerin sorumluluğunun neredeyse tamamı, sağlık sisteminin -dolayısıyla da hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının- üzerindedir. Gerek negatif performansa tabii koruyucu hizmetlerde gerekse de pozitif performansa tabii hizmetlerde yaptırımların veya

teşviklerin muhatabı aile hekimi ve aile sağlığı çalışanıdır. Katılımcılarımız da bu durumu önemli bir sorun; bireylere, sağlıkları ile ilgili sorumluluk verilmesini de önemli bir çözüm olarak görmektedir. Avcı YD.'nin çalışmasına (67) göre de bireylerin sağlık sorumluluğunun artırılması sağlık hizmetlerine katılımı ve daha iyi sağlık sonuçlarını beraberinde getirecektir. Temel sağlık hizmetleri görüşüne göre (68) de *"bireyler kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır."*

Burada, bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğunu, sağlık okuryazarlığı ile birlikte ele almak gerekir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluk alabilmesi ve karar verebilmesi için öncelikle yeterliliğinin (örneğin verilen kararın sonucunu anlayabilme) olması gerekir. Bu yeterliliğin; önemli bir göstergesi sağlık okuryazarlığı, önemli bir sonucu da sağlık okuryazarlığının yüksek olmasıdır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığında oldukça önemli bir etkendir. Birçok araştırmanın sonucuna göre bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olması, koruyucu hizmetlere uyumu ve katılımı azaltan bir durumdur (67, 69-72). Ülkemizde, bireylerin sağlık okuryazarlığı durumunu inceleyen çalışmalar, oldukça farklı sonuçlar sunmakla birlikte; genel olarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin orta-düşük düzeyde olduğu söylenebilir (73-78). Bu bağlamda, katılımcılarımızın da bir sorun ve öneri olarak sunduğu bireylerin sağlık okuryazarlığının artırılması, koruyucu hizmetlerin daha etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesine önemli katkılar sağlayabilir (79, 80). Sağlık okuryazarlığının nasıl ve ne şekilde artırılması gerektiği, bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte; ülkemizde sağlık okuryazarlığını artırmak için kapsamlı ve multisektörel bir yaklaşım uygulanması gerektiğini düşünüyoruz. Daha sonraki süreçte -bireylerin karar alma yetkinliklerinin artırılmasıyla birlikte- bireylere, yerine getirmedikleri sorumlulukları için çeşitli yaptırımlar uygulanması değerlendirilmelidir. Ülkemizde, henüz böyle bir uygulama olmasa da ülkelerde bunun örnekleri bulunmaktadır. Örneğin Heidelbaugh JJ.'nin ABD'de bireylerin sorumluluğu ve koruyucu hizmetler ile ilgili çalışmasına (81) göre, bireyler sigorta ödemelerindeki birtakım "indirimleri" alabilmek için hekim kontrolüne gitmektedir; yazar çalışmasında, ülkesindeki mevcut sağlık sistemini değerlendirmekte ve çeşitli olumsuzlukları açıklamaktadır. Ancak bu çalışma göstermektedir ki, yazarın çalıştığı sağlık sisteminde -en azından- bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri için hekime başvurması gerekmekte/teşvik edilmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığını ve akabinde sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını

artırma önerisi kavramsal olarak makul ve etkili gibi görünse de bu işlemlerin detaylı planlamalar ve uzun yıllar sürecek emekler gerektirdiği aşikardır.

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında yaşadıkları sorunlardan bazıları sağlık sistemi ile ilgili sorunlardır. Bunlar arasında hekimlerin iş yükünün/sorumluluğunun fazla olması en dikkat çekici olandır. Genel manada tek bir madde olarak görülse de bu kavram altında birçok sorun ve öneri yer almaktadır. Katılımcılar, birimlerine bağlı nüfusun iş yüklerine kıyasla fazla olduğunu belirmiştir; bu durum poliklinik muayene sayılarında artışa neden olduğu gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde aksamalara da neden olmaktadır. Bunlara ek olarak aile hekimlerinin sağlık hizmeti olmayan çok çeşitli ve çok emek gerektiren birçok görevi de bulunmaktadır: Çalıştıkları ASM'nin her türlü sarf malzemesi (tıbbi sarf malzemeleri ve tıbbi olmayan sarf malzemeleri) temini, ASM'nin bazı bakım ve onarımları (82), çalıştırdıkları temizlik personeli ya da -bazı birim gruplarında- yardımcı sağlık personelinin maaş ödemesi veya diğer özlük haklarının yapılması/takibi bu görevlerden bazılarıdır. Tüm bu görev ve sorumlulukların hekimlerin zamanını ve emeğini alacağı muhakkaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki -çalışmamızda da gösterilen- aksamaların giderilebilmesi için katılımcılarımız, birimlere bağlı nüfusun azaltılmasını, aile hekimlerinin bahsedilen sağlık hizmeti dışındaki sorumluluklarının kaldırılmasını, hekimlerin idari işlerinin azaltılmasını/kaldırılmasını önermektedir. Aile hekimlerinin -çalışmamızda verilen ya da literatürdeki- günlük ortalama muayene sayılarına ve mevzuatta belirtilen sorumluluklarına bakarak, katılımcılarımızın bu önerilerine hak vermemek mümkün değildir. Musellim B. ve arkadaşlarının çalışmasına (83) göre göğüs hastalıkları kliniğinde bir hasta için ayrılan sürenin en az 20 dakika olması gerektiği belirtilmiştir. Neprash HT. ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık hizmeti başvurularını inceledikleri çalışmasında(84), 10 dakika olarak planlanan muayenelerin çoğunda, muayene süresinin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Çalışmamızın bulgularına göre katılımcılarımızın çoğunluğu, hastalarına 6 ila 10 dakika arası vakit ayırabilmektedir. Çalışmamıza benzer olarak Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 (85) verilerine göre de her bir aile hekimliği muayenesi için yaklaşık 10 dakika düşmektedir (2022 yılında Türkiye'de aile hekimlerine 332.907.540 müracaat gerçekleşmiştir, 27.762 aile hekimliği birimi bulunmaktadır ve ilgili yılda 251 iş günü bulunmaktadır). Söz konusu sürelerin ortalama süreler olduğu ve bazı hekimler için bu sürelerin daha kısa olacağı unutulmamalıdır. Ankara Aile Hekimliği Derneği'nin Aile Hekimliği Türkiye Uygulamasında Yaşanan Temel Sorunlar

Raporu'na (86) göre, katılımcılarımızın yukarıda bahsedilen sorunları, ülkemizin farklı şehirlerinde farklı yıllarda da var olmuştur. Aile hekimlerinin yukarıda bahsedilen sorunlarına ve bu çalışmada yer almayan daha farklı sorunlara gerek literatürde gerekse de meslek örgütlerinin toplantı ve açıklamalarında sıklıkla yer verilmiştir (56, 87-90).

Katılımcıların, koruyucu sağlık hizmetleri ile doğrudan ilgili sorunları arasında; bu hizmetlerin sorumluluğu, performans sistemi, sahanın görüşünün alınmaması ve HYP veri girişinin zaman alıcı ve karmaşık olması yer almaktadır. Bu kısımda dikkat çeken bir husus vardır; görüşmeler esnasında sorulan sorular koruyucu hizmetlerin bütünü ile ilgili olsa da katılımcıların yanıtları çoğunlukla -bazı katılımcılar için tamamen- HYP üzerine olmuştur. Bu durumun nedeni HYP'nin yeni bir uygulama olması ve sonuç olarak hekimlerin gündeminde daha çok yer alması olabilir. Bir diğer muhtemel açıklama ise HYP'deki sorunların bir kısmı PSM'de de olsa bile, PSM'deki bazı işlemler uzun yıllardır devam eden işlemlerdir ve hekimler buradaki sorunları görmezden gelmektedir.

Sağlık sistemi ile ilgili sorunlardakine benzer olarak, katılımcılar koruyucu hizmetlerin sorumluluğunun da sadece sağlık çalışanlarında olduğunu, bu durumun koruyucu hizmetlerin etkin bir şekilde uygulanmasını engellediğini düşünmektedir. Burada bahsedilen sorumluluğu performans sistemi ile birlikte ele almak konuya daha iyi bir bakış açısı sağlayabilir. Yürürlükteki koruyucu hizmetleri, performans sistemi açısından 3 gruba ayırabiliriz: negatif performans olan hizmetler, pozitif performansta olan hizmetler ve performansa tabii olmayan hizmetler. İlgili bölümlerde tartışıldığı üzere, performansa tabii olmayan hizmetler için herhangi bir yaptırım hekime ya da bireylere uygulanmamaktadır. Burada önemli sorunların yaşandığı alanlardan biri negatif performansa tabii olan aşılamalar, gebe ve bebek/çocuk izlemleridir. Bireyler bu hizmetleri almaya mecbur olmadığı gibi bireyin bu hizmetleri reddetmesi durumunda, aile hekiminin hak kaybı yaşamamak için yapması gereken bazı işlemler ortaya çıkmaktadır. Örneğin, aşı takviminde yer alan bir aşıyı reddeden bir aile için hekim, -elbette ki- aşılar hakkında aileyi bilgilendirip, aşıların önemini anlatacaktır ama bunların üstüne ailenin ilgili aşıyı reddettiğini belirten bir form (İzlem/Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu) doldurup ilgili formu bağlı bulunduğu TSM/İSM'ye göndermekle yükümlüdür. Benzer şekilde bağlı bulunduğu aile hekimliği bölgesinden -örneğin farklı bir ile- taşınıp, aile hekimliği kaydını da taşındığı yerdeki aile hekimliği birimine naklettirmeyen bir bireyin -yerine getirmediği bu sorumluluğu için- aile hekimi, öncelikle

kişinin ilgili adresten taşındığını tespit etmek, daha sonra da mahalle muhtarı ile birlikte kişinin o adresten taşındığını belgelemek ve ilgili belgeleri (Göç Tespit Tutanağı) de bağlı bulunduğu TSM/İSM'ye göndermekle yükümlüdür (91, 92). Verilen bu örnekler, aile hekimlerinin karşılaştığı sorunlardan yalnızca birkaçıdır. Bu durumların arka planında, aile hekimlerinin kayıtsız şartsız bir şekilde bu hizmetlerden sorumlu olmaları yatmaktadır. Bireylerin yerine getirmedikleri sorumluluklarından dolayı, aile hekimi koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getiremediğini belgelemeye çalışmaktadır. Bu durumlar halihazırda iş yükü fazla olan birinci basamak sağlık çalışanlarının mevcut yükünü daha da artırmaktadır.

Katılımcılarımızın koruyucu hizmetler ile ilgili belirttiği sorunlardan biri de bu hizmetlerin planlanmasında ve/veya uygulamasında aile hekimlerinin ve sahada çalışan diğer sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınmaması veya alınsa bile bu görüşlerin dikkate alınmamasıdır. Aile hekimliği dernekleri ve meslek örgütlerinden de yaşadıkları sorunlar ile ilgili yapılmış çeşitli açıklamalar bulunmakta ve hekimlerin bu durumu farklı platformlarda dile getirdiği görülmektedir (87, 93-98). Sağlık hizmetlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin her aşamasında, konunun taraflarının görüşlerinin alınması, uygulamada yaşanan/yaşanması muhtemel sorunların değerlendirilmesi ve bu süreçlerin yönetişim anlayışı ile yürütülmesi sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli yürütülmesi adına elzemdir. Elbette ki Bakanlığımız aile hekimleri ile çeşitli toplantılar yapmakta, aile hekimlerinin sorunlarını değerlendirmektedir ancak burada yapılan değerlendirmelerin veya bu değerlendirmelerin sahaya yansımasının yeterli olmadığı/aile hekimleri tarafından yeterli görülmediği kanaati oluşmaktadır.

Aile hekimlerinin sorunları arasında, HYP veri girişinin uzun ve karmaşık olması yer almaktadır. Katılımcılarımızın da belirttiği üzere, uygulamanın başlatıldığı ilk dönemlerde HYP sisteminde daha fazla sorun bulunmaktadır; daha sonraki süreçte bu sorunlardan bazıları giderilmiş ve sistem biraz daha pratikleştirilmiştir. Yine de bahse konu bu sorunu da aile hekimlerinin iş yükü ile birlikte değerlendirmek; günlük hasta sayısının, ASM'ler ile ilgili yapılması gereken işlerin ve hekimlerin diğer idari sorumluluklarının yanında ele almak gerekir (99). HYP sisteminin ayrı bir ekran (AHBS'den ayrı bir yazılım) üzerinden yapılması, dile getirilen önemli bir sorundur. Üstelik burada, HYP'ye girilmesi gereken birçok bilginin (hastanın sosyodemografik bilgileri, klinik bilgileri, laboratuvar sonuçları gibi) AHBS'den ve/veya Bakanlığın merkezi veri tabanından otomatize bir şekilde alınması, işleyişi kolaylaştıracaktır. Bir örnek olarak, HYP kılavuzunda

verilen hipertansiyon tarama risk değerlendirme formundaki (46) bilgilerin neredeyse tamamı AHBS'den otomatik olarak alınabilecek bilgilerdir. Bu gibi düzenlemeler, aile hekimlerinin yaptıkları işlemleri daha hızlı ve daha pratik bir şekilde yapmalarını sağlamasının yanında koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasındaki mevcut düşüklüğü de yükseltecektir. Nitekim çalışmamızda, bazı katılımcıların belirttiği üzere HYP için yapılan işlemlerin bir kısmı iş yoğunluğu nedeniyle HYP sistemine girilememektedir.

Sonuç olarak, ilimizde çalışan aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri (PSM ve HYP) ile ilgili görüşleri, yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara önerdikleri çözümler değerlendirilmiştir. Genel olarak, katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin birinci basamağın en önemli görevi olduğunu, bu hizmetlerin toplum yararına çok önemli olduğunu, bu hizmetlerin bireylerin aldıkları hizmetten memnuniyetini ve aile hekimlerinin de mesleki doyumunu artıran bir etkisinin olduğunu düşünmektedir. Aile hekimlerinin yaşadıkları sorunlar; bireylerle ilgili olanlar, sağlık sistemi ile ilgili olanlar ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilgili olanlar diye gruplanmıştır. Bunlar arasında bireylerin sağlık sorumluluğu, aile hekimlerinin sorumlulukları, aile hekimlerinin iş yükü fazlalığı, birinci basamağın 2. ve 3. basamak ile etkileşimi, performans sistemi, HYP sistemindeki aksaklıklar, sahanın görüşünün alınmaması ve HYP'nin olumsuz algısı yer almaktadır. Katılımcıların çözüm önerileri genellikle belirtilen sorunların giderilmesi minvalinde olmuştur; bunlara ek olarak verilen öneriler arasında, sağlık politikalarının güncellenmesi, kutulardaki ilaç sayıları ile ilgili standardizasyon, aile hekimlerinin yetkilerinin artırılması, randevu sisteminin daha etkin kullanımı, sağlık çalışanlarının özendirilerek çalıştırılması, kronik hastalık izlemlerinin (HYP) aşamalı olarak uygulanması, koruyucu sağlık hizmetleri için yeni istihdam sağlanması, izlem takviminin esnetilmesi, tarama sıklığının azaltılması ve koruyucu sağlık hizmetleri için ayrıca bir zaman tanımlanması yer almaktadır.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıklar

Çalışmamızın, aile hekimlerinin birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini, yaşadıkları sorunları ve çözüm önerilerini bütüncül olarak ele alması bakımından literatüre önemli katkılar sağlaması beklenmektedir. Konu ile ilgili -özellikle aile hekimlerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili- yapılmış çalışmalar olsa da

konuyu bir bütün olarak ele alıp değerlendiren kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca, görece güncel bir uygulama olması bağlamında, HYP ile ilgili -aile hekimlerinin en başından beri dile getirdiği- sorunların bilimsel yöntemlerle ve güncel olarak değerlendirilmesi de önemlidir. Bunun yanında, çalışmamıza katılımın yüksek düzeyde olması ve ilimizi temsil eder nitelikte olması da çalışmamızın güçlü yönlerinden biridir.

Çalışmamız ile ilgili belirtilmesi gereken birkaç kısıtlılık da bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmamızda aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır; böyle bir çalışmada koruyucu sağlık hizmetinden yararlanan taraf olan bireylerin ve bu hizmetlerin yürütülmesi ile planlanmasından sorumlu olan yöneticilerin görüşlerinin alınmaması konuya tek taraflı bir bakış açısı sunmaktadır. İkincisi, çalışmamız, kendi evreni olan Çanakkale ilini temsil etmektedir; ülkemizin farklı illerindeki durumun benzer olduğunu tahmin etsek de bu konuda kesin bir yargıya varmamız mümkün değildir. Son olarak, çalışmamızın 2. aşamasında veri toplama aracı olarak görüşme tekniği kullanılmıştır; burada -görüşmelere ek olarak- gözlem (katılımcı gözlem veya sistematik gözlem) yapılmasının veya odak grup görüşmesi yapılmasının veri çeşitliliğini artırmak adına önemli katkılar sağlaması beklenebilir.

5.2. Öneriler

Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile hastalık yönetim platformunda belirlenen iş ve işlemleri uygulama düzeylerinin belirlenmesi ve bu uygulamalar hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızda; yöneticilere, kanun koyuculara, aile hekimlerine, bu hizmetten yararlanacak olan bireylere ve konu ile ilgili çalışma yapacak araştırmacılara öneriler bulunmaktadır.

1. Çalışmamızda bireylerin sağlık sorumluluğuyla ilgili kısıtlılıklar olduğu değerlendirilmiştir; bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluğunu ve sağlık okuryazarlığını artıracak altyapısal düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Bu bağlamda kısa vadede sonuç elde edebilmek adına halk eğitim programları ve kamu spotları gibi farkındalık faaliyetleri yapılmalıdır.

Orta ve uzun vadeli sonuçlar için sağlık eğitiminin; milli eğitim müfredatındaki yeri, önemi ve uygulanışı değerlendirilerek -varsa- gerekli düzenlemelerin yapılmasını öneriyoruz.

2. Farkındalık ve sağlık okuryazarlığının artırılması çalışmalarına ek olarak, bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili yükümlülüklerinin tanımlanıp mevzuat kapsamında gerekli düzenlemelerin yapılmasını ve buna ek olarak bu yükümlülüklerini yerine getirmeyenler için gerekli yaptırımların tanımlanıp uygulanmasını öneriyoruz.

3. Bakanlığımızın sahadaki işleyişi ve sorunları yakından takip edip gerekli düzenlemeleri yapması, koruyucu sağlık hizmetlerindeki ve sağlık hizmetlerinin genelindeki işleyişin daha etkili ve verimli olmasını sağlayacaktır; bundan dolayı aile hekimlerinin yaşadıkları sorunlar ve önerilerinin değerlendirildiği çalışmalar (toplantı, çalıştay, anket vb.) gerek il düzeyinde gerek Bakanlık düzeyinde yapılmalıdır.

4. Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusların düşürülmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Burada, yeni aile hekimliği birimlerinin açılması, aile hekimliği birimine bağlı nüfusu matematiksel olarak azaltacak olmakla birlikte tavan ücret (4.000 kişi kriteri) uygulamasından dolayı aile hekimlerinin hak kaybı yaşamaması için söz konusun eşiğin de düşürülmesi ve aile hekimlerinin özlük haklarının korunması gerekir.

5. Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun istenen düzeye gelmesine kadar geçecek olan süreçte, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli yapılabilmesi için TSM/İSM'lerin de koruyucu hizmetlerin yürütülmesinde aktif rol alması için çalışmalar yapılmalıdır. Bunun için TSM/İSM yapısında organizasyonel değişikliklerin yapılması değerlendirilmelidir.

6. Aile hekimlerinin mevcut iş yükü ve sağlık hizmetlerinin önemi göz önüne alındığında, aile hekimlerinin sağlık hizmet sunumu dışındaki görev ve sorumlulukları kaldırılmalı; sağlık işgücünün daha etkin kullanılması sağlanmalıdır. Bu bağlamda, ASM'lerin kiralanması, demirbaş malzemelerinin temin edilmesi, gerek tıbbi gerekse de tıbbi olmayan sarf malzemelerinin temin edilmesi, elektrik/internet gibi faturalarının takibi ve ödenmesi, katı veya sıvı yakıt kullanılan yerlerde ilgili yakıtların temini, güvenlik sistemlerinin temini, ASM'nin -mevzuatta tanımlanan- bazı bakım ve onarımlarının yapılması, jeneratörlerin yakıtının eklenmesi ve bakımlarının yapılması, ASM'nin temizlik işlerinin yapılması için personel çalıştırılması ve bunun gibi çok

çeşitli görev ve sorumlulukların aile hekiminden alınıp; bunların idare tarafından gerçekleştirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

7. Sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli sunulabilmesi için randevu sisteminin ASM'lerde uygulanması sağlanmalıdır.

8. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bazı aşamalarında, hastaların 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurması gerektiğinden, bu hizmetlerin yürütüldüğü sistemlerin üst basamaklara da tanımlanması değerlendirilmelidir.

9. ASM'lerdeki yoğunluk ve iş yükü göz önüne alındığında, aile hekimliği birimlerine 2. aile sağlığı çalışanının istihdam edilmesi değerlendirilmelidir.

10. ASM'lerdeki yoğunluk ve iş yükünün yanında koruyucu hizmetlerin uygulanmasındaki mevcut düşüklük göz önüne alındığında -aile hekimliği birimlerine bağlı nüfus istenilen seviyeye düşürülene kadar- koruyucu hizmetlerin kapsamı, izlemlerin sıklığı, yapılacak işlemlerin yoğunluğu (tetkikler, testler, ölçekler vb.) azaltılmalıdır.

11. Aile hekimlerinin önerisi ve Müdürlüklerin onayı ile yürürlüğe konan aile hekimliği birimi haftalık çalışma planlarında, koruyucu sağlık hizmetlerine yer verilmesinin teşvik edilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

12. Koruyucu sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerde takip edilen hastalıkların güncel durumu ile ilgili bölgesel veriler (raporlar, veri tabanları vb.) hazırlanmalı ve bunlar aile hekimleri ile paylaşılmalıdır.

13. Gerek uzman aile hekimlerinin gerekse de pratisyen aile hekimlerinin, hastaların işlemlerini birinci basamakta tamamlayabilmeleri adına birinci basamakta tanı ve tedavisi yönetilebilecek hastalıklar için yetkilerinin artırılması (ilaç muafiyet raporu, geri ödeme kapsamı vb.) değerlendirilmelidir.

14. Katılımcılarımızdan, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki işleyişi daha pratik ve daha akıcı hale getirebilecek çeşitli öneriler gelmiştir; kutulardaki ilaç sayısının standardize edilmesi, okul çağı çocuklarının taramalarından önce TSM/İSM tarafından ilgili tetkiklerin alınması bunlardan bazılarıdır. Hem 1. basamaktaki hem de 2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu, iş yükü ve gereksiz başvurular göz önüne alındığında bu ve benzeri öneriler işleyişe önemli katkılar sunabilir; sağlık sistemini daha verimli bir hale getirebilir, sağlık çalışanlarının mesleki doyumunu ve bireylerin sağlık sisteminden memnuniyetini artırabilir. Bu bağlamda, sağlık sistemindeki

yoğunluğa ve aksamalara neden olabilecek durumlar tespit edilip, bunlara yönelik çözüm üretilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

15. Katılımcılarımızın ifadelerine ve literatüre göre, ASM'ye yapılan başvuruların önemli bir kısmını; kronik hastalığı olup düzenli ilaç kullanması gereken bireylerin, ilaçlarını temin edebilmek amacıyla yaptığı başvurular oluşturmaktadır. Bu işlemler için yapılan başvuruların ne kadarının gereksiz olduğunun tespiti (örneğin kısa aralıklarla biten farklı ilaçların farklı başvurularda reçetelenme zorunluluğu) ve bu gereksiz başvuruların nasıl ve ne şekilde önlenebileceğinin belirlenmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

16. Aile hekimlerinin, sağlık hizmeti sunumunda kullandığı yazılımlara ve genel olarak bilgisayar kullanımına hakimiyetinin artırılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasına önemli katkılar sağlayabilir. Bu bağlamda -talep olması halinde- bu konularda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

17. Aile hekimlerinin yaşadıkları sorunlarla ilgili, meslek örgütleri çalışmalar yapmalı; geçmişte ve günümüzde yapılan çalışmaların devamlılığı sağlanmalıdır.

18. Bireyler, sağlıkları ile ilgili sorumluluk almalı, bu konuda kendilerini geliştirecek eğitim, kamu spotu gibi çalışmalara ilgi ve katılım göstermelidir.

19. Çalışmamız, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili aile hekimlerinin görüşlerinin ve önerilerinin alındığı bir çalışmadır. Bu konuda bu hizmetlerden yararlanan bireylerin, merkez ve taşra teşkilatındaki yöneticilerin ve konu ile ilgili akademisyenlerin görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalar yapılmalıdır.

20. Çalışmamızın temsiliyeti Çanakkale ili ile sınırlıdır, bu bağlamda ülkemizin farklı illerinde veya ülke genelinde kapsayıcılığı olan çalışmalar yapılmalıdır.

21. Sağlık sisteminin işleyişinde yapılacak bir düzenleme için detaylı çalışmalar ve mevzuat değişikliği gerektiğinden, bir müdahalenin etkinliğinin belirlenebilmesi için simülasyon çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Öztek AZ. Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar. ed. Ankara: Bireklam Arısı; 2020.

2. Akın A, Akın L, Akşit B, Akgün S, Altıntaş KH, Aslan D, et al. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.

3. Demir L. Türkiye'de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler. 2021.

4. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2017.

5. U.S. Preventive Services Task Force. A & B Recommendations [Cited Date: 09.01.2022]. Available from: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations.

6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Aile Hekimliği [Cited Date: 08.01.2022]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html.

7. İstanbulluoğlu H, Güleç M, Oğur R. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2010;85:86-99.

8. Ekinci A. Antik Çağ'dan Osmanlıya Urfa'da Sağlık. Şehir ve İrfan Araştırmaları Dergisi.5-18.

9. Kenneth FK. The Cambridge world history of human disease. Cambridge University Press. 1993.

10. Aslan S, Erdem R. Hastanelerin tarihsel gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017:7-21.

11. Orhaner E. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006:1-22.

12. Theodore H. Tulchinsky, Elena A. Varavikova. Yeni Halk Sağlığı. ed. Ankara: Palme Yayınevi; 2019.

13. Özvarış ŞB. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi ed.: 2016.

14. Şimşek Z. Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12.

15. The Society for Public Health Education. Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe. ed.: 2012.

16. Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Halk Sağlığı. ed. Ankara: 2011.

17. Pala K. Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi El Kitabı. Ankara: Palme Yayıncılık. 2015.

18. Canbolat M, Aslan AK, Durmuş M, Vardı N, Yakıncı C, Koruma TP. Tıp Eğitim Müfredatında Koruyucu Sağlık: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği. Annals of Health Sciences Research. 2018;7:10-3.

19. Rakel RE, Rakel DP. Aile Hekimliği. 9 ed.: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019.

20. Gillman MW. Primordial prevention of cardiovascular disease. Circulation. 2015;131:599-601. doi:10.1161/circulationaha.115.014849.

21. Dikici MF, Şahin MK. Periyodik Sağlık Muayenesinde Risk Değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2013;4:29-36.

22. Özen Aşut. Sağlıkta 30 Yıl. ed. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2007. p.72-84.

23. Tezcan SG. Temel Epidemiyoloji. ed. Ankara: Hipokrat Kitabevi; 2017.

24. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract. 2018;24:106-11. doi:10.1080/13814788.2017.1422177.

25. U.S. Preventive Services Task Force. Published Recommendations [Cited Date: 30.10.2022]. Available from: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics.

26. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi. 2017;21.

27. Jamoulle M. Quaternary prevention: first, do not harm. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10:1-3.

28. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık döneminde koruyucu sağlık bakımı. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10.

29. Greenberg RS. Medikal Epidemiyoloji Toplum Sağlığı ve Etkili Sağlık Hizmetleri. 5 ed.: Palme Yayınevi; 2020.

30. WONCA Europe. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları - 3. 2002. Report No: Available from: https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf.

31. Akman M. Aile Hekimliği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Değişen Dünyada Biyoetik. ed. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği; 2012.

32. Kara İH, Günvar T, Sunay D, Başak O. Aile hekimliği uygulama eğitimi: Nerede, ne kadar, nasıl ve ne zaman. Konuralp Tıp Dergisi. 2016;8:65-71.

33. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-8.

34. Ersoy E, Saatçı E. Periyodik Sağlık Muayenelerine Genel Bakış. Türk Aile Hek Derg. 2017;21:82-9. doi:10.15511/tahd.17.00282.

35. American Academy of Family Physicians. Clinical Recommendations by Topic [Cited Date: 30.10.2022]. Available from: https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/recommendations-by-topic.html.

36. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015.

37. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği.

38. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hastalık Yönetimi Platformu Kullanıcı Eğitimi. [Cited Date: 24.09.2023]. Available from: https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/haberler/HYP_Haber/2HYPSunum.pptx.

39. Keşan İlçe Sağlık Müdürlüğü. Aile Hekimlerine Yönelik "Kronik Hastalıklar Sürecinin Doğru Yürütülmesi " İle İlgili Bilgilendirme ve Eğitim Toplantısı Düzenlendi. [Cited Date: 24.09.2023]. Available from: https://kesansm.saglik.gov.tr/TR-112473/aile-hekimlerine-yonelik-kronik-hastaliklar-surecinin-dogru-yurutulmesi--ile-ilgili-bilgilendirme-ve-egitim-toplantisi-duzenlendi.html.

40. Kronik Hastalıklar İzlemi İl Eğitimleri.

41. Hastalık Yönetim Platformu'nun Kullanıma Açılması.

42. SRDC. Kronik hastalıkların teşhis, takip ve yönetimini sağlayan akıllı karar destek platformları [Cited Date: 24.09.2023]. Available from: https://www.srdc.com.tr/kronik/#.

43. Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge.

44. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge Değişiklik Metni [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/y%C3%B6nergeler.html?task=weblink.go&id=98.

45. Şanlıurfa Aile Hekimleri Derneği. HYP Katsayısı Nedeniyle Eksik Yatan Maaşın İade Dilekçesi [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://www.suahed.com.tr/hyp-katsayisi-nedeniyle-eksik-yatan-maasin-iade-dilekcesi/.

46. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hastalık Yönetimi Platformu Projesi Kullanım Kılavuzu Versiyon 1.7. 15.10.2020.

47. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanları vatandaşın "Kronik Hastalık Tarama Ve İzlemlerini" Hastalık Yönetim Platformu' ndan (www.hyp.saglik.gov.tr) yapıyorlar [Cited Date: 24.09.2023]. Available from: https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/hyp-yayinda.html.

48. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulamasında Yeni Dönem / Aile Hekimliğinde Yeni Ödeme Düzenlemesi ve HYP (Hastalık Yönetim Platformu) [Cited Date: 23.09.2023]. Available from: https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/haberler/aile-hekimligi-uygulamasinda-yeni-donem-aile-hekimliginde-yeni-odeme-duzenlemesi-ve-hyp-hastalik-yonetim-platformu.html.

49. Çanakkale İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü. Genel Bilgiler, Coğrafya [Cited Date: 25.09.2023]. Available from: https://canakkale.ktb.gov.tr/TR-70467/cografya.html.

50. TÜİK. Kent-kır sınıflaması ve cinsiyete göre il nüfusları, 2022. TÜİK.

51. T.C. Çanakkale Valiliği. İlçelerimiz [Cited Date: 25.09.2023]. Available from: http://www.canakkale.gov.tr/ilcelerimiz.

52. Çanakkale Mülkî İdare İl Haritası. T.C. Milli Savunma Bakanlığı Harita Genel Müdürlüğü.

53. Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü. Aile Sağlığı Merkezleri [Cited Date: 09.01.2022]. Available from: https://canakkaleism.saglik.gov.tr/TR-34956/aile-sagligi-merkezleri.html#.

54. Güler A, Halıcıoğlu MB, Taşğın S. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma. ed. Ankara. Seçkin Yayıncılık: 2015.

55. Yardımcı Y, Akbıyık D, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2016;10:81-90.

56. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012;51:21-9.

57. Gökçek MB, Benli NÇ. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Hastalık Yönetim Platformu Kullanımının Değerlendirilmesi Evaluation of the Use of the Disease Management Platform by Family Physicians and Family Health Workers.

58. Ankara Tabip Odası. 29 Haziran 2021 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği Geri Çekilsin! [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://ato.org.tr/basin-aciklamalari/2021-basin-aciklamalari/print:page,1,517-29-haziran-2021-tarihinde-resmi-gazetede-yayimlanan-aile-hekimligi-sozlesme-ve-odeme-yonetmeligi-geri-cekilsin.html.

59. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu. AHEF Eylem Takvimi Saha Anketi Sonuçları [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: http://www.ahef.org.tr/Detay/2754/AHEF-EYLEM-TAKVIMI-SAHA-ANKETI-SONUCLARI.aspx.

60. İstanbul Aile Hekimliği Derneği. İSTAHED'den HYP Açıklaması [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://istahed.org.tr/istahedden-hyp-aciklamasi/.

61. Medimagazin. Aile hekimliklerinde Hastalık Yönetim Platformu ile kronik hastaların takibi yapılacak [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimliklerinde-hastalik-yonetim-platformu-ile-kronik-hastalarin-takibi-yapilacak-96535.

62. Şanlıurfa Aile Hekimleri Derneği. Ödeme Sözleşme Değil Ceza Yönetmeliği [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://www.suahed.com.tr/odeme-sozlesme-degil-ceza-yonetmeligi/.

63. Aile Hekimliği Çalışanları Sendikası. Mücadelede Kararlıyız - Susmayacağız! [Cited Date: 15.12.2023]. Available from: https://www.ahesen.org.tr/mucadelede-kararliyiz-durmayacagiz-susmayacagiz/.

64. Yangı DT, Görpelioğlu S, Top M. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2018;22:104-17.

65. Şahin MK, Aker S. Family Physicians' Knowledge, Attitudes, and Practices Toward Colorectal Cancer Screening. Journal of Cancer Education. 2017;32:908-13. doi:10.1007/s13187-016-1047-9.

66. Vautrin H, Senn N, Cohidon C. Primary prevention of sexually transmitted infections in Switzerland: practices of family physicians and their determinants-a national cross-sectional survey. BMJ Open. 2020;10:e032950. doi:10.1136/bmjopen-2019-032950.

67. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15.

68. Öztek Z. Temel Sağlık Hizmetleri 1978 - 2018. ed.: HASUDER; 2018.

69. Akbulut Y. Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. Editor. ed.: 2015. p.113-32.

70. Tözün M, Sözmen MK. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı health Literacy with Perspective of Public Health. Smyrna Tıp Dergisi. 2015;2:48-54.

71. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. 2016.

72. Brown RCH, Maslen H, Savulescu J. Responsibility, prudence and health promotion. J Public Health (Oxf). 2019;41:561-5. doi:10.1093/pubmed/fdy113.

73. Ayaz-Alkaya S, Ozturk FO. Health Literacy Levels of Women and Related Factors in Turkey. J Nurs Res. 2021;29:e180. doi:10.1097/jnr.0000000000000452.

74. Ozturk FO, Ayaz-Alkaya S. Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Adolescents in Turkey. J Pediatr Nurs. 2020;54:e31-e5. doi:10.1016/j.pedn.2020.04.019.

75. Pancar N, Mercan Y. Association between health literacy and colorectal cancer screening behaviors in adults in Northwestern Turkey. Eur J Public Health. 2021;31:361-6. doi:10.1093/eurpub/ckaa227.

76. Yiğitalp G, Bayram Değer V, Çifçi S. Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. BMC Public Health. 2021;21:1109. doi:10.1186/s12889-021-11119-7.

77. Ceylan E, Koç A. The association between health literacy, COVID-19 knowledge and adherence to preventive measures in Turkey. Glob Health Promot. 2023:17579759231187615. doi:10.1177/17579759231187615.

78. Uysal N, Ceylan E, Koç A. Health literacy level and influencing factors in university students. Health Soc Care Community. 2020;28:505-11. doi:10.1111/hsc.12883.

79. Çakır M. Evaluation of Preventive Health Practices in Turkey. Iran J Public Health. 2023;52:315-24. doi:10.18502/ijph.v52i2.11884.

80. Cohidon C, Imhof F, Bovy L, Birrer P, Cornuz J, Senn N. Patients' and General Practitioners' Views About Preventive Care in Family Medicine in Switzerland: A Cross-sectional Study. J Prev Med Public Health. 2019;52:323-32. doi:10.3961/jpmph.19.184.

81. Heidelbaugh JJ. Preventive medicine: shared responsibility. Foreword. Prim Care. 2014;41:xiii-xv. doi:10.1016/j.pop.2014.03.001.

82. Aile Sağlığı Merkezlerinin Asgari Fiziki Şartları ve Teknik Donanımı ile Bakımı ve Onarımı.

83. Musellim B, Borekci S, Uzan G, Ali Sak ZH, Ozdemir SK, Altinisik G, et al. What should be the appropriate minimal duration for patient examination and evaluation in pulmonary outpatient clinics? Ann Thorac Med. 2017;12:177-82. doi:10.4103/atm.ATM_396_16.

84. Neprash HT, Everhart A, McAlpine D, Smith LB, Sheridan B, Cross DA. Measuring Primary Care Exam Length Using Electronic Health Record Data. Medical Care. 2021;59:62-6. doi:10.1097/mlr.0000000000001450.

85. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2023.

86. Ankara Aile Hekimliği Derneği. Aile Hekimliği Türkiye Uygulamasında Yaşanan Temel Sorunlar Raporu. 2018.

87. Türk Tabipleri Birliği. TTB Aile Hekimliği Kolu'ndan açıklama: Aile hekimliğinde sorunlar artıyor [Cited Date: 18.12.2023]. Available from: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=066a7742-a691-11e7-ada0-d63caa9f20bf.

88. Öğünç K. Aile hekimlerinin covıd-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri: Niteliksel bir araştırma= Problems experienced by primary care physicians during covid-19 pandemic and solution proposals: A qualitative research. 2021.

89. Bulut A, ŞEngÜL H. Türkiye'de sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;9:45-54.

90. Etçioğlu E, Aydın A, Ekerbiçer H, Özen F, Aydın MR, Köse E, et al. Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Sakarya Tıp Dergisi. 2021;11:757-64. doi:10.31832/smj.893432.

91. Aşı uygulamalarının reddi.

92. Performans İtiraz Komisyonu Çalışma Usulü ve Esasları.

93. Türk Tabipleri Birliği. Aile Hekimlerinin İşine Son Veren "Ceza Yönetmeliği" Geri Çekilsin, "İnfaz Komisyonları" Lağvedilsin! [Cited Date: 19.12.2023]. Available from: https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=d40c36fa-95a0-11ed-866c-fa86b3ec85d4.

94. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplantı Raporu [Cited Date: 19.12.2023]. Available from: https://www.tahud.org.tr/news/view/t%C3%BCrkiye-aile-hekimleri-uzmanl%C4%B1k-derne%C4%9Fi-sa%C4%9Fl%C4%B1k-bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-halk-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-genel-m%C3%BCd%C3%BCrl%C3%BC%C4%9F%C3%BC-toplant%C4%B1-rapor.

95. Gaziantep Sabah. Aile hekimleri, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyeceği toplantılara katılmayacak [Cited Date: 19.12.2023]. Available from: https://gaziantepsabah.com/saglik/aile-hekimleri-saglik-bakanliginin-duzenleyecegi-toplantilara-katilmayacak/117028.

96. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu. Sağlık Bakanımızla Görüşme Toplantı Sonuç Raporu [Cited Date: 19.12.2023]. Available from: https://www.ahef.org.tr/detay/1845/Bakanla-Gorusme-Toplanti-Sonuc-Raporu.aspx.

97. Bursa Tabip Odası. Yeni sözleşme dönemi öncesi aile hekimleri taleplerini açıkladı [Cited Date: 19.12.2023]. Available from: https://www.bto.org.tr/yeni-sozlesme-donemi-oncesi-aile-hekimleri-taleplerini-acikladi/.

98. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. İlaç Yazdırma [Cited Date: 22.12.2023]. Available from: https://www.tahud.org.tr/news/view/ila%C3%A7-yazd%C4%B1rma.

99. Gazete Duvar. ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanları mutsuz ve yalnız [Cited Date: 19.12.2023]. Available from: https://www.gazeteduvar.com.tr/asmlerde-gorev-yapan-saglik-calisanlari-mutsuz-ve-yalniz-haber-1589185.

EKLER

Ek-1 : Nicel aşama soru formu

Ek-2 : Nitel aşama görüşme formu

Ek-3 : Etik kurul onayı

Ek-4 : Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü izni

Ek-5 : Kod defteri

Ek-6 : Katılımcılara göre metin portreleri

Ek-7 : Araştırma zaman çizelgesi

Ek-8 : Yönetici özeti

Ek-1 Nicel Aşama Soru Formu

Aile Hekimlerinin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği

Sayın meslektaşım,

Bu çalışmanın kısa vadeli amacı Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen *aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini* uygulama düzeylerinin belirlenmesi ile bu taramalar hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların belirlenmesidir.

Çalışmanın uzun vadeli amacı ise aile hekimliği sistemindeki olası aksaklıklar ve sorunları belirleme çalışmalarına katkı sağlamak; aile hekimlerinin söz konusu sorunların giderilmesine yönelik önerilerini alarak sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde işlemesine katkı sağlamak; birinci basamak taramalarındaki aksaklıkların giderilmesi yoluyla toplumun sağlık ve refah seviyesinin yükseltilmesi ile sağlık hizmetlerinin ekonomik maliyetinin azaltılması çalışmalarına katkı sağlamaktır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Prof. Dr. Galip EKUKLU **Arş. Gör. Dr. Süleyman Konuş**

ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇANAKKALE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
14/04/2022 22:24 - E-97769597 - 799 - 794
00163382402

T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-97769597-799
Konu : Doktora Tez Çalışmanız Hk.

Sayın: Prof.Dr.Galip EKUKLU-Arş.Gör.Dr.Süleyman KONUŞ

İlgi : 17/03/2022 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen ***"Aile Hekimlerinin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği"*** başlıklı doktora tez çalışmanız kapsamında İlimiz bünyesindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışma yapma talebiniz 08/04/2022 tarihinde toplanan Sağlık Hizmetleri Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Op. Dr. Gökhan BAŞTÜRK
İl Sağlık Müdürü

1. **Yaşınız?** …….
2. **Cinsiyetiniz?** ☐ Kadın ☐ Erkek
3. **Uzmanlık durumunuz?** ☐ Pratisyen Aile Hekimi ☐ Aile Hekimi Uzmanı
4. **Kaç yıldır hekim olarak çalışıyorsunuz?** ……..…….
5. **Kaç yıldır aile hekimi olarak çalışıyorsunuz?** …..……
6. **Çalıştığınız birime bağlı nüfus kaçtır?** …….
7. **Günlük ortalama muayene sayınız kaçtır?** ……..……
8. **Biriminizin grubu nedir?** ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
9. **Görev yaptığınız ilçe neresidir?**
   - ☐ Merkez
   - ☐ Ayvacık
   - ☐ Bayramiç
   - ☐ Biga
   - ☐ Bozcaada – Eceabat – Gökçeada
   - ☐ Çan
   - ☐ Ezine
   - ☐ Gelibolu
   - ☐ Lapseki
   - ☐ Yenice
10. **Görev yerinizin coğrafik özelliği nedir?**
    - ☐ İlçe merkezi
    - ☐ İlçe kırsalı (Belediye, belde, köy)
11. **Aile hekimi olarak çalışma motivasyonunuz/gerekçeniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
    - ☐ Mesleki memnuniyet
    - ☐ Hastalarla daha iyi iletişim imkanı
    - ☐ Hizmet verilen popülasyonu yakından tanıma imkanı
    - ☐ Daha özgür çalışma ortamı
    - ☐ Nöbet olmaması (Defin nöbeti hariç)
    - ☐ Ekonomik avantajlarından dolayı
    - ☐ Diğer: ……
12. **<u>HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU'NDA (HYP)</u> belirlenen iş ve işlemlerin <u>uygulanabilir</u> olduğunu düşünüyor musunuz?**
    ☐ Evet ☐ Hayır Hayırsa neden: …….
13. **<u>RUTİN TARAMALARIN</u>** (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi – 2015'de belirlenen iş ve işlemlerin) **<u>uygulanabilir</u> olduğunu düşünüyor musunuz?**
    ☐ Evet ☐ Hayır Hayırsa neden: …….

V

14. Size göre <u>HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU'NDA (HYP)</u> belirlenen iş ve işlemlerin yapılmasındaki engel(ler) nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Birime kesin kayıtlı nüfusun fazla olması
- ☐ Günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması
- ☐ Hastaların sorumluluğunun olmaması
- ☐ İşlemlerin AHBS'den farklı bir sayfada yapılması
- ☐ Yapılacak işlemlerin uzun ve karmaşık olması
- ☐ 2. ve 3. basamak kurumlarla koordinasyondaki eksiklikler
- ☐ Diyetisyen, fizyoterapist, psikolog vb. personel sayısının yetersiz olması
- ☐ Aile sağlığı çalışanı sayısının yetersiz olması
- ☐ Pandeminin getirdiği ek yükler (Aşılama, özellikli izlem vb.)
- ☐ Diğer: ……..

15. Size göre <u>HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU'NDA (HYP)</u> belirlenen iş ve işlemlerin daha verimli uygulanabilmesi için (yukarıda belirttiğiniz sorunların çözümüne ek olarak) yapılması gereken(ler) nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi
- ☐ Yeni aile sağlığı merkezlerinin açılması
- ☐ Yeni aile hekimliği birimlerinin açılması
- ☐ Aile sağlığı çalışanı sayılarının artırılması
- ☐ ASM'deki iş ve işlemlerin randevu sistemi ile yapılması
- ☐ ASM'deki iş ve işlemlerin net ve sade olması (Rapor, çeşitli bürokratik işlemler vb. kaldırılması)
- ☐ Koruyucu sağlık hizmetleri için ayrıca zaman tanımlanması
- ☐ Halkın koruyucu sağlık hizmetleri konusunda farkındalığının artırılması
- ☐ Halka koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk verilmesi
- ☐ Sağlık çalışanlarının özendirilerek çalıştırılması
- ☐ Özlük haklarının iyileştirilmesi
- ☐ Diğer: ……..……

V

16. Size göre <u>RUTİN TARAMALARIN</u> yapılmasındaki engel(ler) nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Birime kesin kayıtlı nüfusun fazla olması
- ☐ Günlük poliklinik muayene sayısının fazla olması
- ☐ Hastaların sorumluluğunun olmaması
- ☐ İşlemlerin AHBS'den farklı bir sayfada yapılması
- ☐ Yapılacak işlemlerin uzun ve karmaşık olması
- ☐ 2. ve 3. basamak kurumlarla koordinasyondaki eksiklikler
- ☐ Diyetisyen, fizyoterapist, psikolog vb. personel sayısının yetersiz olması
- ☐ Aile sağlığı çalışanı sayısının yetersiz olması
- ☐ Pandeminin getirdiği ek yükler (Aşılama, özellikli izlem vb.)
- ☐ Diğer: ……..

17. Size göre <u>RUTİN TARAMALARIN</u> daha verimli uygulanabilmesi için (yukarıda belirttiğiniz sorunların çözümüne ek olarak) yapılması gereken(ler) nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi
- ☐ Yeni aile sağlığı merkezlerinin açılması
- ☐ Yeni aile hekimliği birimlerinin açılması
- ☐ Aile sağlığı çalışanı sayılarının artırılması
- ☐ ASM'deki iş ve işlemlerin randevu sistemi ile yapılması
- ☐ ASM'deki iş ve işlemlerin net ve sade olması (Rapor, çeşitli bürokratik işlemler vb. kaldırılması)
- ☐ Koruyucu sağlık hizmetleri için ayrıca zaman tanımlanması
- ☐ Halkın koruyucu sağlık hizmetleri konusunda farkındalığının artırılması
- ☐ Halka koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sorumluluk verilmesi
- ☐ Sağlık çalışanlarının özendirilerek çalıştırılması
- ☐ Özlük haklarının iyileştirilmesi
- ☐ Diğer: ……..……

18. Çalışmamızın 2. aşamasında bizimle detaylı görüşme yapmak ister misiniz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet Telefon numaranız: ……..……..……..

VI

Sayın meslektaşım,

Aşağıda ***Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi'nde*** belirlenen iş ve işlemler verilmiştir. **Son 3 ayda** söz konusu iş ve işlemlerden **yüzde olarak yaklaşık** ne kadarını **yapıyorsunuz** ya da **yapılması için ilgili birime/kliniğe sevkini** gerçekleştiriyorsunuz?

19. Neonatal Tarama Programı Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
1. Biotinidaz Eksikliği Taraması						
2. Fenilketonüri Taraması						
3. Konjenital Hipotroidi Taraması						

20. Bebeklik ve **Çocukluk Dönemi** Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
4. Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme						
5. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamasının Yapılması						
6. Demir Profilaksisi- D Vitamini Profilaksisi						
7. Gelişimsel Kalça Displazisi						
8. İnmemiş Testis Muayenesi						
9. Yenidoğan İşitme Taraması						
10. Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi						
11. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması						
12. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba-Motor ve İnce-Motor Gelişimin Taranması						
13. Premature Retinopatisi						
14. Arteriyel Tansiyon Ölçümü						
15. Sağlıklı Diyet Danışmanlığı						
16. Obezite Taraması						

21. Diğer Bebeklik/Çocukluk Dönemi Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
17. Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı						
18. Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması						
19. Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenimin Değerlendirilmesi						
20. Kan Yolu İle Bulaşan Hastalıklar						

II

22. Erişkinlik Dönemi **Kardiyovasküler Hastalık** Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
21. Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi						
22. Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Aspirin Kullanımı (Erkek)						
23. İskemik İnmeden Korunmada Aspirin Kullanımı (Kadın)						
24. Arteriyel Tansiyon Takibi						
25. Diabetes Mellitus Taraması						
26. Obezite Taraması						
27. Serum Lipid Profili Taraması (Tg, Hdl, Ldl)						

23. Evlilik / **Gebelik** Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
28. Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taraması						
29. Gestasyonel Diyabet Taraması						
30. Nöral Tüp Defekti Profilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi						
31. Orak Hücreli Anemi ve Talasemi Major Taraması						
32. Kan ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar						
33. Gebelerde Ağız Diş Sağlığı ve Eğitimi						

24. Kanser Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
34. Meme Kanseri Taraması (Kadın)						
35. Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması (Kadın)						
36. Kolorektal Kanser Taraması (Kadın/Erkek)						
37. Prostat Kanseri (Erkek)						

25. Erişkinlik Dönemi **Bağımlılık** Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
38. Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi						
39. Alkol Kullanim Durumunun Değerlendirilmesi						
40. Uyuşturucu Madde Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi						

26. Erişkinlik Dönemi **Diğer** Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
41. Tiroid Fonksiyon Anomalileri						
42. Tüberküloz						
43. Erişkinlerde Bağışıklama						
44. Depresyon						
45. Kemik Sağlığının Korunması İçin Bilgilendirme						
46. Sekonder Osteoporoz / Kırık Riski						

27. Geriatrik Dönem Tarama ve Uygulamaları	Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
	0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
47. Yaşlılarda Kardiyovasküler Olaylarda Aspirin Koruyuculuğu (Kadın/Erkek)						
48. İskemik İnmede Aspirin Koruyuculuğu (Kadın)						
49. Yaşlılarda Osteoporoz / Kırık Riski (Kadın/Erkek)						
50. Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme						

Aşağıdaki sorular **30.06.2021** tarih ve **1091** sayılı **Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge (Hastalık Yönetim Platformu)** kapsamında belirlenen iş ve işlemleri belirtmektedir. **Son 3 ayda** söz konusu iş ve işlemlerden **yüzde olarak yaklaşık** ne kadarını **yapıyorsunuz** ya da **yapılması için ilgili birime/kliniğe sevkini** gerçekleştiriyorsunuz?

Tarama : Kayıtlı nüfus içerisinden her hastalık türü için sağlıklı veya risk altında olan grubun tespitine yönelik yapılması gereken iş ve işlemleri,
Takip : Hastalar için yapılması gereken iş ve işlemleri tanımlamaktadır.

28. Hastalık Yönetim Platformu Tarama ve Uygulamaları		Hedef Grup İçindeki Yapılma Yüzdesi (%)					
		0-20	21-40	41-60	61-90	91-99	100
1. Hipertansiyon	Tarama						
	Takip						
2. Diyabet	Tarama						
	Takip						
3. Obezite	Tarama						
	Takip						
4. Meme Kanseri	Tarama						
5. Serviks Kanseri	Tarama						
6. Kolorektal Kanser	Tarama						
7. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	Tarama						
	Takip						
8. Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi	Tarama						
	Takip						

Kıymetli katkılarınız için **teşekkür** ederiz.

X

Ek-2 Nitel Aşama Görüşme Formu

Merhaba, ben Arş. Gör. Dr. Süleyman KONUŞ.

Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen **aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri** ile **hastalık yönetim platformunda** belirlenen iş ve işlemleri uygulama düzeyleri ve bu taramalar hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla bir araştırma yapıyoruz. Araştırmamızın konu hakkındaki yaşanan sorunların çözümüne katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Siz de bu araştırmaya aile hekimi olduğunuz için davet edildiniz.

Bildiğiniz gibi, araştırmaya katılımınız tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Herhangi bir rahatsızlık hissederseniz istediğiniz anda, hiçbir neden ya da koşul belirtmeksizin araştırmadan çekilebilir veya istemediğiniz konulara değinmeyebilirsiniz. Sizinle yapacağımız görüşmede söylediklerinizin kesinlikle gizli kalacağını ve kimliğinizin açıklanmayacağını da belirtmek isteriz. Görüşme süresince paylaştığınız bilgiler yalnızca araştırma kapsamında ve araştırma sonuçları içinde anonimleştirilerek kullanılacaktır. Bu araştırma için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinlerin alındığını da belirtmek isterim.

Görüşmenin 30-60 dk süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Böylece hem zamanı daha etkin kullanabiliriz hem de sorulara vereceğiniz yanıtların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatı elde ederim.

Araştırmaya katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce bana sormak istediğiniz bir soru varsa önce bunu yanıtlamak istiyorum. Müsaadenizle sorulara başlamak istiyorum.

Gönüllü katılım formunu katılımcıya okudum. Görüşme ses kaydı için onay aldım.
Görüşmeci Kodu :
Araştırmacı :
Araştırmacı İmza :
Tarih :

Sorular

1- Bize biraz kendinizden bahseder misiniz?

Sondaj Sorular:

a. Yaşınız?
b. Uzmanlık durumunuz?
c. Kaç yıldır aile hekimi olarak çalışıyorsunuz?

2- PSM-2015 ve HYP hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Sondaj Sorular:

a. Bu işlemlerin uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?
b. Çalışmamızın 1. aşamasının sonuçlarına göre katılımcıların sosyodemografik ve çalışma özelliklerinden bağımsız olarak HYP uygulamasının PSM uygulamasından daha düşük olduğu gözlenmiştir, bu durum hakkında ne düşünüyorsunuz?

3- Taramaların yapılmasına engel olan durumlar/şartlar nelerdir?

Sondaj Sorular:

a. Hastaların taramalara yaklaşımları hakkında ne düşünüyorsunuz?
b. Aile hekimlerinin mevcut iş yükü, taramaları etkili bir şekilde yapabilmeye uygun mudur? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
c. Taramaların yapılmasında 2. ve 3. basamak imkanları yeterli midir? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

4- Çözüm önerileriniz nelerdir?

Ek-3 Etik Kurul Onayı

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/45	
	PROTOKOL ADI	Aile Hekiminin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:04/16**	**Tarih:21.02.2022**	
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Araş. Gör. Dr. Süleyman KONUŞ'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Ek-4 Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü İzni

ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇANAKKALE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
14/04/2022 22:24 - E-97769597 - 799 - 794
00163382402

T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-97769597-799
Konu : Doktora Tez Çalışmanız Hk.

Sayın: Prof.Dr.Galip EKUKLU-Arş.Gör.Dr.Süleyman KONUŞ

İlgi : 17/03/2022 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen ***"Aile Hekimlerinin Uygulamadaki Tarama ve Takip Programları Hakkındaki Öz Değerlendirmesi ve Görüşleri: Çanakkale Örneği"*** başlıklı doktora tez çalışmanız kapsamında İlimiz bünyesindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışma yapma talebiniz 08/04/2022 tarihinde toplanan Sağlık Hizmetleri Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Op. Dr. Gökhan BAŞTÜRK
İl Sağlık Müdürü

Ek-5 Kod Defteri

Kod / Alt Kod	Açıklama	Örnek Cümle
Bireylerin Olumlu Geri Bildirimleri	Bireylerin verilen sağlık hizmetleri ile ilgili olumlu geri bildirimleri ve memnuniyetleri ile ilgili ifadeler.	"Ben nüfusumun çoğunu tamamlamıştım orada mesela, ya böyle düzenli bir iş yaptığın zaman hasta da memnun oluyor senden."
Koruyucu Hizmetler Birinci Basamağın En Önemli Görevi	Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütünü veya bir kısmı (örneğin aşılama ve/veya PSM ve/veya HYP) ile ilgili önem belirten ifadeler.	"İkincisi en en en önemli kısmı, kronik hastalıklar aile hekiminin en önemli görevlerinden biri. Hatta daha da güncellenmeli bana sorarsanız."
Sağlık Hizmetinin Mesleki Doyumu	Katılımcıların yaptıkları işten keyif almalarını, mesleki doyum yaşamalarını veya yaptıkları işi önemli hissetmelerini belirten ifadeler.	"Bunları bertaraf edebilirsek, ettirebilirsek, yönetici idareci edebilirse, taramalara daha çok zaman ayrılması sağlanabilirse hem hekim mutluluğu hem hasta mutluluğu artacaktır."
Sağlık Hizmetinin ve Birinci Basamağın Daha Etkili Olmasında Önemli	Taramaların daha etkin uygulanmasıyla birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri ve/veya sağlık hizmetlerinin bütününün daha etkin olacağı ile ilgili görüş bildiren ifadeler.	Bkz. İlgili kod

Toplum Yararına Çok Önemli	Koruyucu hizmetlerin, olumlu sağlık etkileri ve maliyet etkinliği ile ilgili ifadeler	"Ben toplum yararına çok önemli olduğunu düşünüyorum her şeyden önce. Koruyucu sağlık hizmetleri, adı üstünde zaten bir sürü rahatsızlığın çok büyük başa dert açmadan tespit edilmesine, önlenmesine vesile oluyor."
HYP Veri Girişlerinin Ekonomik Kaygılar ile Yapılması	HYP işlemlerinin ekonomik kaygılar eşliğinde yapıldığını belirten ifadeler	"Onun dışında, HYP'nin ise nüfusla ve çalışma yoğunluğuyla ciddi sekteye uğradığını, şu andaki veri girişlerinin tamamen ekonomik kaygılar yüzünden yapılmaya çalışıldığını ve verilerinin de çok sağlıklı olduğunu -çünkü maddi kaygı var işin içinde- açıkçası düşünmüyorum."
HYP'de Olumlu Düzenlemeler Yapıldı	HYP uygulamalarının başlangıçtaki bazı sorunlarının zaman içinde giderilmesi ile ilgili ifadeler. Bu sorunlar veri girişlerinin yapıldığı sistem ile ilgili olabildiği gibi taramaların içerikleri ile ilgili de olabilmektedir.	"Ya belli serzenişlerimiz vardı. Bunlarla ilgili düzeltmeler oldu, artık daha rahat ilerliyor. Daha pratik ilerliyor. Hani ilk başlarda yaşadığımız ilde pek çok kişi yapmamaktayken şimdi çoğunluk yapar durumda."

Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir Değil	Mevcut şartlarda ASM'lerde yapılması öngörülen koruyucu hizmetlerin bütününün ya da bir kısmının uygulanabilir olmadığı ile ilgili görüşleri belirten ifadeler.	"Ama programı (HYP) belli hastalıklara yönelik özel proje, yazılım gibi tanımlayabilirim. Mutlaka ki hani izlem konusunda katkıları olacaktır ancak eee, bunu yapacak, bunu izleyecek arkadaşlarla ve birinci basamakla ve birinci basamağın şartlarıyla uyumlu değil. Yapılıyor mu şu an? Yapılmaya çalışılıyor."
Koruyucu Hizmetler Uygulanabilir, Ancak...	Koruyucu hizmetlerin uygulanabilir olduğu ile ilgili olumlu görüş bildiren ifadeler	"Uygulanabilir, ancak… Tabii ancak deyince (gülerek) önceki söylediğiniz değerini kaybediyor. Ancak ve ama'dan öncekiler değersizdir değil, uygulanabilir. Yani şöyle ki buna zaman ayırmak lazım. Buna, ekip olarak zaman ayırmak lazım."
Koruyucu Hizmetlerin Uygulanmasında Bazı Sorunlar Var	Koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliği ile ilgili net bir şekilde olumsuz görüş bildirmeyen ancak uygulamadaki zorluklara odaklanan ve/veya uygulamadaki zorlukların giderilmesi şartıyla	"… Kronik hastalık takibini sistematik olarak HYP vasıtasıyla yapmış olmamız güzel ama HYP ile ilgili tabi teknik bazı -bence- sıkıntılar var. Uygulanabilirlik açısından."

	yapılabileceğini belirten ifadeler	
Bireylerin Taramalara Yaklaşımındaki Farklılıklar	Bireylerin çocukları ile ilgili bir taramaya uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir. HYP taramalarının yetişkin bireylere yapıldığı değerlendirildiğinde bu yaklaşıma göre HYP dışı taramalara uyum daha yüksek olacaktır.	Bkz. İlgili kod
HYP'nin Çalışma Yoğunluğu Nedeniyle Aksaması	Aile hekimlerinin çalışma yoğunluğu ve sorumluluklarının fazla olması nedeniyle HYP uygulamalarına zaman ayırmada güçlük çekmesini belirten ifadeler	"İkincisi de dediğim bu şey, işte bu sistemin içindeki diğer işlerle uğraşmaktan ayrıyeten zaman kalmaması olduğunu düşünüyorum."
Negatif Performans Etkisi	HYP'nin pozitif performansa tabii olması ve dolayısıyla uygulanmaması/düşük düzeyde uygulanması durumunda bir yaptırımının olmamasını belirten ifadeler	"Ya, onun kesin nedenlerinden biri, en başta olma sebebi, yaptırımının olmaması henüz. Henüz diyorum, ileride olur olmaz, onu göreceğiz. (HYP'de) Negatif performans etkisi yok. Diğer taramalarda negatif performans etkisi var, bilindiği üzere. Bu birinci, en büyük neden."

PSM'nin Daha Efektif Yürütülmesi	PSM'nin daha etkin yürütüldüğü ile ilgili ifadeler	"Onun dışında ikisi de şu anda yürütülmeye çalışılıyor. Türkiye'deki aile hekimliği modelinde -bir hekim olarak ben- mesela periyodik sağlık muayenelerinin, özellikle okullarda yaptığımız okul yaşındaki çocuklarda yaptığımız periyodik sağlık muayenelerinin, daha verimli olduğunu düşünüyorum, açıkçası."
Tepkisel Tutumun Devam Etmesi	HYP'nin başlangıcında aile hekimlerinde oluşan tepkinin devam ederek HYP'nin daha az uygulanması sonucunu doğurduğunu belirten ifadeler	"… Ama bir taraftan da 'Tükürdüğümüzü yalamayalım' diyen hekimlerin olduğunu düşündüğümden, bu oranın ondan dolayı biraz daha az olduğunu düşünüyorum."
Bireylerin Sağlıkları ile İlgili Sorumluluğu	Bireylerin koruyucu hizmetlerin uygulanmasında sorumluluklarının olmadığını ve/veya bu hizmetlerin gereklerini yerine getirmediklerini ve/veya koruyucu hizmetlerin sorumluluğunun sağlık çalışanlarında olduğunu belirten ifadeler	"Burada sadece çalışana sorumluluk verilmesi yetersiz, anlamsız. Hastaya da sorumluluk verilmesi, yaptırım uygulanması, gerektiğinde yaptırım uygulanması gerektiğini düşünüyorum. Ha, bu ne olur? İşte SGK'nın kesilmesi mi olur 6 ayda bir gitmezsen

		birtakım yaptırımlar mı olur bilmiyorum. Bizim derneklerimiz, federasyonlarımız var. Onlardan bir görüş alınarak, sahadan görüş alınarak bir şey çizilmesi, yol haritası, çizilmesi gerektiğini düşünüyorum.”
Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı	Bireylerin sağlık okuryazarlığının koruyucu hizmetlere olan etkilerini belirten ifadeler	Bkz. İlgili kod
Sağlık İletişiminde Yapılan Hatalar	Sağlık iletişimi ve bu iletişimin bireylerin koruyucu hizmetlere yaklaşımına olan etkileri ile ilgili ifadeler	Bkz. İlgili kod
Bireylerin Sağlık Hizmetine Erişimindeki Engeller	Bireylerin sağlık hizmetine erişiminde engel teşkil eden ulaşımsal, alt yapısal ve ekonomik sorunları belirten ifadeler	“Bir de bazı -benim kendi mobil hizmetime gittiğim yerler çok uzak değil, ulaşımları çok kolay ama- bazen ulaşımı zor olan, günde bir tane arabası veya işte bir gelişi, bir gidişi olan yerler var. Buralardaki izlemlerin yapılması, aşılamalarının yapılması bazen aksayabiliyor. Ulaşım ve biraz sağlık okuryazarlığı, sağlık

		eğitimiyle aşılabilecek durumlar diye düşünmek lazım engellerimizi.”
Hekimlerin Sorumluluğunun Fazla Olması	Bu kodun alt kodlarından birisi ile sınırlandırılamayan veya alt kodlardan birden fazlasını ilgilendiren veya hekimlerin sorumluluğu ile ilgili genel yorumlar içeren ifadeler	“… Bunun gibi neler var! Hepsi böyle üst üste biniyor, biniyor, biniyor ve yukarıya çıkıyor.”
Birim Başına Düşen Nüfusun Fazla Olması	Her bir aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusun hazla olması ile ilgili ifadeler	“Bu sistem güzel. Şimdi bu sistem güzel bir sistem. Hani bizim işimizi -aslında- çok güzel kolaylaştıracak bir sistem ama bu hasta sayısı ile kesinlikle olacak bir işlem değil.”
Diğer Görevler	Hekimlerin, muayene haricindeki işlerin yoğunluğunu belirttikleri ifadeler. Raporlar (sağlık raporu, spor raporu vb.), ASM'nin tıbbi malzeme ve tıbbi olmayan malzeme ihtiyaçları, idare tarafından istenen istatistik bilgiler (aylık raporlar, aşı istatistikleri vb.) gibi görevlerle ilgili ifadeler bu kod altında toplanmıştır.	“… Onun SGK ödemeleri, ileride bu kişi emekli olacaksa bunun tazminatı… Bunlar hekimi ciddi yoran şeyler. Bunu kim ödeyecek? Ya, çok belirsizlik var. Kafamızda bunları düşününce işimize odaklanmakta güçlük çekiyoruz”

Poliklinik Hizmetlerinin Yoğunluğu	Hekimlerin gün içerisinde muayene ettikleri hasta sayısının fazla olması ve/veya hasta muayenesine ayrılan zamanın fazlalığı ile ilgili ifadeleri	"… Onlara HYP'nin H'sinden bahsedemezsiniz çünkü adamlar günde 100 poliklinik yapıyor."
İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği	Bu kodun alt kodlarından birisi ile tanımlanamayan veya üst merkezlerin yetersizliği ile ilgili genel ifadeler	"… [Hastane adı] hastanesinde insanlar 15-20 gün sonrasına randevu bulamıyorlar. Yani siz taramayı birinci basamaktan üst basamağa sevk ettim. Yani olmaz, yani burada sistemde bir sıkıntı var. Bakın siz, ikinci basamak kendisini çeviremiyorken bir de birinci basamağı sevk etmeye kalktığınız zaman -bu sevk %5 olsa bile- yani ikinci basamağa gidenlerin üstünde de bir +%5 koyduğunuzu düşün. İyice çözülmez bir hale getireceksiniz. Bir şeyler yine zor olacak."
Birinci Basamak ile Üst Merkezlerin Entegrasyonu	Birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında hasta süreçlerinin (sevk sisteminin	Bkz. İlgili kod

	yeterince işletilememesi, HYP'nin üst merkezlere tanımlanmamış olması, birinci basamaktan yan dal branşlarına sevk vb.) entegrasyonu ile ilgili ifadeler	
Aile Sağlığı Merkezi İşletmesi!	Aile Sağlığı Merkezlerini bir işletme olarak tanımlayan veya değerlendiren ifadeler	"… Şöyle bir şey düşünüyorum, bu aile kimliği işletme olarak çalışıyor, aile sağlığı merkezleri. Öyle olunca bu işletmenin birtakım külfetleri oluyor. O külfetleri de düşünmek aile hekimini yıldıran şeyler. Yani bu, mekanın kiralanması olabilir, mekan bulma olabilir. …"
Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Kaybı	Sağlık çalışanlarının motivasyonları ve/veya tükenmişlikleri ile ilgili ifadeler	"Şimdi her girdiğinizde -en basitini söyleyeyim- e-nabız'a, en son muayeneniz çıkıyor. 'Doktoru puanlamak ister misiniz?' Acaba doktor da hastaları puanlamak ister mi? Neden gidiyor işte hekimler? Bunun için gidiyor. İçim gidiyor bu duruma."
Koruyucu Hizmetlerin Sorumluluğunun Sadece Hekimde Olması	Koruyucu hizmetlerin sorumluluğunun sadece sağlık çalışanlarında olması ve/veya hastaların koruyucu	"… Biz de bu şekilde işimizi yapıyoruz. Yani biz ona -hastaya- yardım etmeye çalışırken, sistemin işlevliği

	hizmetlerde sorumluluğunun olmaması ile ilgili ifadeler	için hasta bize yardım ediyor.”
Performans Sistemi	Bu kodun alt kodları ile tanımlanamayan ancak performans sistemi ile ilgili yorum içeren ifadeler	“… Hatta şöyle bir korku yaratabilir: Negatif performans tekrar gelir mi?”
HYP'nin Olumsuz Bir İmaj ile Tanıtılması	HYP uygulamasının negatif performans ile başlaması ve/veya bu durumun sağlık çalışanlarında olumsuz bir etkiye neden olması ve/veya sağlık çalışanlarının bu duruma bireysel/toplu olarak tepki göstermesi ve/veya HYP'nin zamanlaması ile ilgili ifadeler	“Şimdi, bu diğer HYP ise ilk başlarda bir negatif performans pozitif kazanç üzerinden bir giriş yaptı gündemimize. Bakanlık, bunu da COVID’in en yoğunluğunu azalttığı, hani biraz COVID sürecinden çıkmaya çalıştığımız bir süreçte, küt diye yaptı. Bu, bir kere ürküttü birinci basamağı. Yapılış şekline ve performans… İlk ay bordromuzda HYP nedenli kesintiyle başladık.”
Uygulama Sahaya Yeterince Açıklanmadı	HYP'nin gerekliliği, beklenen çıktıları ve amacının birinci basamak sağlık çalışanları ile paylaşılmaması veya sağlık çalışanlarına yeterince açıklanmaması ile ilgili ifadeler	Bkz. İlgili kod

Sahanın Görüşü Alınmadı	Koruyucu hizmetlerin planlanmasında birinci basamak hekimlerinin ve STK'lerin (AHEF, TAHUD, HASUDER vb.) görüşlerinin alınmamış olması veya görüşlerin alınsa bile değerlendirilmediği ile ilgili ifadeler	"Bakın sahayı bilmeden masa başında bazı iyi niyetle alınan kararlar, sahayı çalışamaz hale getiriyor. Sıkıntımız bizim bu. Burada yanlış anlaşılacak bir şey yok."
Yapılan İşlemler HYP'ye Giril(e)miyor	Bazı aile hekimlerinin HYP'de belirtilen işlemleri yaptığı ancak yaptığı işlemleri sisteme girmediği veya girmeye fırsat bulamadığı ile ilgili ifadeler	"4000 nüfuslu arkadaş yapmıyor. Yapıyorsa da sisteme girmiyor. Hani, benim biraz önce bahsettiğim gibi kronik hastamı izliyorum ama sisteme girmiyorum. Çünkü sisteme girmek de bir meşakkat, bir uğraş; zaten artmış bir iş yükü var."
HYP Veri Girişinin Zaman Alıcı ve Karmaşık Olması	HYP'ye girilecek verilerin AHBS'lerden ayrı bir sayfadan yapılması ve/veya çok fazla veri girilmesi ve/veya veri girişinin uzun sürmesi ve/veya AHBS'ler ile entegre olmaması ile ilgili ifadeler	Program üzerinden bir oradan giriyorsun, bir oradan giriyorsun. Bence ona gerek yok. Pratiklik açısından, zaman kazanması açısından mesela o öyle bir düzeltme yapılabilir."
Altyapısal Problemler	HYP yazılımında aksamalara neden olan altyapısal problemleri belirten ifadeler	"Bazen çalışıyor, bazen çalışmıyor, bazen internet çalışıyor, çekiyor, çekmiyor.

		Bir sürü şey var, alt yapısal problemler var.”
Başarı Kriterlerinin Uygunsuzluğu	HYP'nin özlük haklarına yansıyabilmesi için belli bir yüzdenin üzerinde yapılması gerekliliği veya ödeme katsayısının nüfusun artması ile düşmesi ile ilgili ifadeler	“… %40 değeri biraz yüksek bir değer bence. Hedefi tutturmak zor, tutturmak için de birden fazla mesela izlemin ortalaması alınmıyor.”
Bireylere Sağlıkları ile İlgili Sorumluluk Verilmesi	Bireylere genel olarak sağlıkları ile ilgili sorumluluklar verilmesini ve/veya sorumluluğunu yerine getirmeyen bireylere yaptırımlar uygulanmasını öneren ifadeler	“… Ama burada hastaya da biraz sorumluluklar verilmesi lazım.”
Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Artırılması	Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili ifadeler	“… Benim, bir şey diyeceğimden korktuğu için hayatına bir düzen getirmiş; yani biz bu değerleri hastayla tartışabilir, bu oranları konuşabilir olmamız lazım. Yani bunu anlayacak, benim şekerim var, bu açlıkla tek olmuyor; tokluk da etkili, benim kilomla etkili, yediğim içliğimle…”
Güncel Şartlara Göre Güncel Sağlık Politikaları	Sağlık sisteminin değişen sosyal, ekonomik ve çalışma şartlarına göre yeniden	“… Ama bunu, bir politika haline getirip eğiterek,

	değerlendirilerek yeni politikalar oluşturulmasını öneren ifadeler	güncelleyerek yapmak gerekiyor.”
Kutulardaki İlaç Sayısı	İlaç kutularındaki ilaç sayısının standartlaştırılması ile ilgili öneriler	Bkz. İlgili kod
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Örgütsel Düzenleme	Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin yürütülmesi için sağlık sisteminde yapısal, organizasyonel ve işleyiş olarak yapılması önerilen ifadeler	“… Ama baktığınız zaman, sistemin tüm dönüşümü şey yapmanız gerekiyor, birinci basamağı tekrar değerlendirmeniz gerekiyor. Bizim elimizdeki imkanlar, şartlar nasıl optimum kullanılır, buna bakmak gerekiyor. Bence biraz makro ölçekli bir çalışma yapılması gerekiyor diye düşünüyorum.”
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi	Birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyiş olarak ve/veya ASM'lerin fiziki şartlarının iyileştirilmesini öneren ifadeler	“Ya bundan devlet de faydalanacak, bu birincil korumanın öneminin farkındalar mı, değiller mi bilmiyorum. Yani ciddi anlamda maliyet etkin bir durum bu, birincil korumada yakalayabilmek hastaları. Keşke bunu görebilseler, buna daha ağırlık verebilseler,

		birinci basamağı güçlendirseler.”
Sağlık İşgücünün Daha Etkin Kullanılması	Sağlık çalışanlarının görev tanımlarından doğrudan sağlık hizmeti olmayan faaliyetlerin çıkartılması, ASÇ'lerin koruyucu hizmetlerdeki etkilerinin artırılması, aile hekimlerinin bürokratik görevlerinin azaltılması vb. önerileri belirten ifadeler	“… Keza, yine bu hekim üzerindeki şey -amiyane tabir olacak- hamallık, geriye kalan hamallık işleri biraz daha azaltılırsa... Yani, o işler için idari personeller var ilçe sağlık müdürlüklerinde. Gereksiz, çok fazla, böyle zaman alıcı şeylerle uğraşmak zorunda kalabiliyoruz.”
Kronik Hastalıklarla Mücadelede Etkili Bir Politika	Kronik hastalıkların mücadele için koruyucu hizmetler ve sağlık sisteminin işleyişindeki problemler için etkili bir politika oluşturulmasını öneren ifadeler	“… Ama biliyorum ki, ikinci basamaktakilerin (sorunların) büyük çoğunluğu birinci basamağı güçlendirince, birinci basamaktaki problemlerin çözülebilirliğini artırdıkça, kişilerin kafasında birinci basamağın yerini daha iyi oturttukça, ikinci basamağın yükü azalacak. O zaman da bana dönüşler artacak, hepsi birbirine girift bir problem yumağı. Yani peyderpey bir şekilde çözmemiz gerekiyor.”
Aile Hekimlerinin Yetkilerinin Artırılması	Kronik hastalıkların tanı ve tedavilerinde aile hekimlerinin	“Hipertansiyon, diyabet, KOAH, toplumda sıklığı çok

	yetkilerinin (ilaçların reçetelenmesi vb.) artırılmasını öneren ifadeler	yoğun olan hastalıklar konusunda aile hekimleri çok daha geniş yelpazede, çok daha yetkin, aile hekimi uzmanı olmayan aile hekimleri de dahil olmak üzere çeşitli ilaçların raporlaması ve tedavisi konusunda çok daha yetkilendirilmeli.”
Randevu Sisteminin Daha Etkili Kullanımı	Birinci basamak randevu sisteminin daha etkin kullanılmasını öneren ifadeler	“Mesela randevu sistemini tam efektif kullanabilsek, hastalarımız randevuya gelse, biz bazı zaman dilimlerini sırf HYP yapmak için ayırsak yapılabilir bu işlem. Yani çat kapı o hasta olaylarını ve biraz böyle hastalara randevulu gelme alışkanlığını edinsek yapılabilir, nüfuslar düşürülürse...”
Aile Hekimliği Birimine Bağlı Nüfusun Azaltılması	Aile hekimliği birimine bağlı nüfusun azaltılmasını öneren ifadeler	“… Bunun için ne yapılabilir? İşte ne yazık ki hekim sayımız burada sıkıntılı, yani neresinden tutarsan elinde kalacak bir sistem var ama ideal yollarına, hekim sayısını ideal pozisyona, aile sağlığı merkezini ideal sayıya

		ulaştırıp yine ideal sayıda bir muayene sayısıyla şeyi dengelemek, periyodik muayeneleri öne alıp birincil korumaya önem vermek...”
Birinci Basamağın Üst Basamaklarla Etkileşimi	Bu kodun alt kodlarına dahil edilemeyen, hastaların birinci basamaktan sevk edilmeleri, sevk edilen hastalarla ilgili üst merkezlerde yapılan işlemlerin sonucunun geri bildirimi, genel olarak birinci basamak ile üst merkezlerin iletişiminin güçlendirilmesi konularındaki önerileri içeren ifadeler	“… Benim takip ettiğim hipertansiyon, diyabet ya da diğer kronik hastalıklarla ilgili ikinci basamakta, üçüncü basamakta ne tür işlemler yapılıyor bunlarla ilgili geri dönüş mekanizmaları geliştirilebilir.”
Üst Merkezlerde Taramalar İçin Ayrı Randevu Sistemi	İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına koruyucu hizmetler için ayrıca randevu sistemi tanımlanmasını öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod
HYP Sisteminin İkinci ve Üçüncü Basamak Çalışanlarına da Tanımlanması	HYP'nin ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlere de tanımlanmasını öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod
Sağlık Çalışanlarının Özendirilerek Çalışması	Sağlık çalışanlarının motivasyonunun artırılması ve özendirilerek çalıştırılmasını öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod

Koruyucu Hizmetlerle İlgili Güncel Şartların Değerlendirilmesi	Koruyucu hizmetlerin değişen sosyal, ekonomik ve çalışma şartlarına göre yeniden değerlendirilmesini ve düzenlemeler yapılmasını öneren ifadeler	"… Bunun dışında, ülke gerçeklerine göre değiştirilmeli. Ülkenin insanının özelliklerini, örneğin şu ekonomik krizde 'Haftanın kaç günü et balık tüketiyorsunuz?' sorusunu ben soramam kendi hastama. Soramıyorum da. Hastanın kaç günü et tükettiğini soramıyorum. Hani ülke gerçekleriyle de güncellenmeli."
Sahanın Görüşü Alınmalı	Koruyucu hizmetlerin planlanmasında birinci basamak hekimlerinin ve STK'lerin (AHEF, TAHUD, HASUDER vb.) görüşlerinin alınmasını öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod
Aşamalı Bir Yaklaşım	HYP'nin mevcut halindeki iş yükünün azaltılmasını/sadeleştirilmesini veya yapılacak işlemlerin aşama aşama eklenmesini öneren ifadeler	"… Çünkü hakkını vererek yaptığın zaman mesela bunun tahlilini, kendisiyle görüşmeleri o kadar çok ayrıntılı soru var ki, bence soruların bir kısmının çıkarılması gerekiyor."
Sonuçların Saha ile Paylaşılması	Koruyucu hizmetlerin sonuçlarının hekimler ile paylaşılmasını öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod

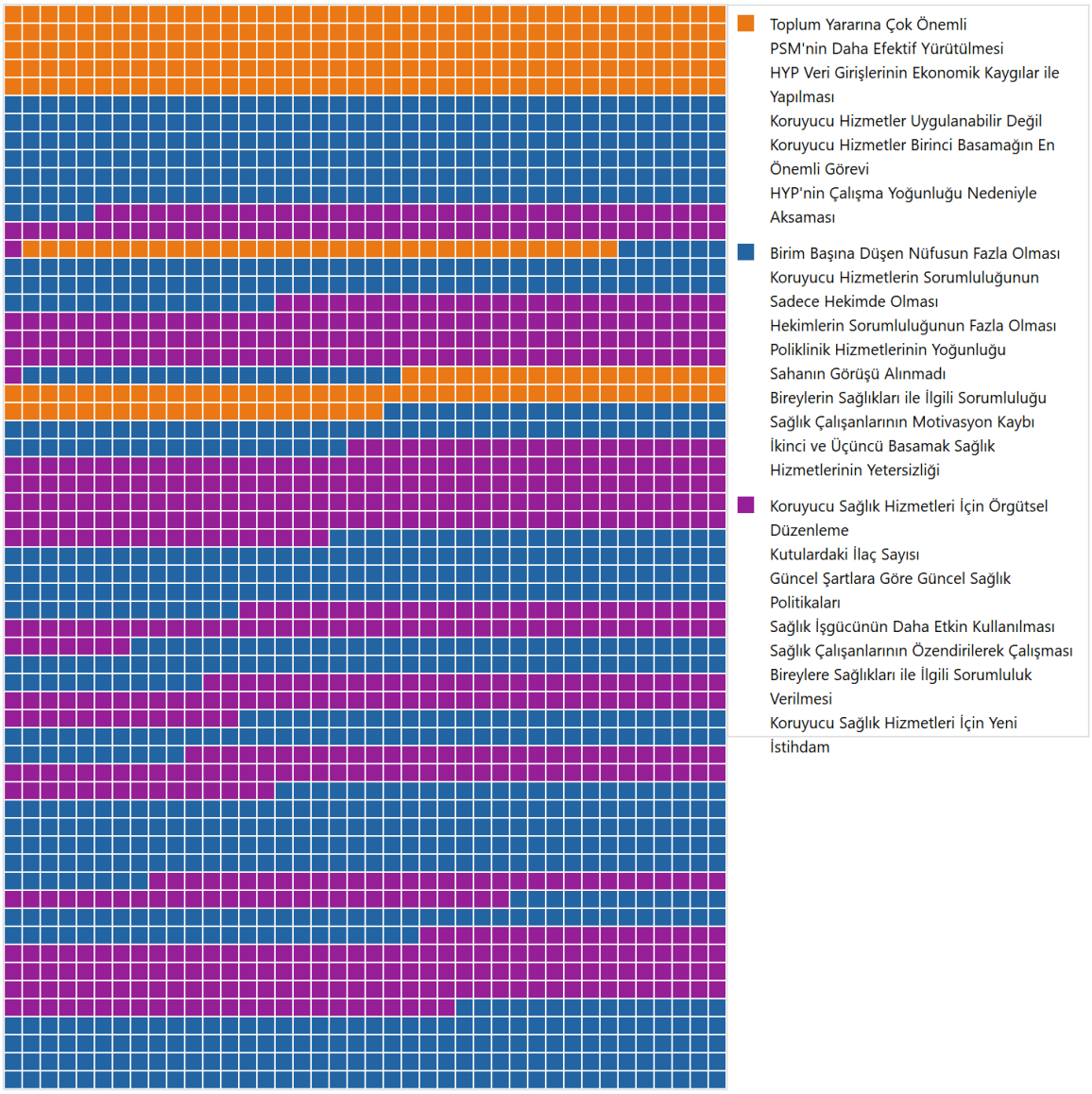
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Yeni İstihdam	Koruyucu hizmetlerin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için ek sağlık çalışanlarının istihdam edilmesini öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod
İzlem Takviminin Esnetilmesi	Koruyucu hizmetler hizmetlerinde takvim aralığının esnetilmesini öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Bir Zaman Tanımlaması	Mesai saatlerinin belirli bir kısmının koruyucu hizmetlere tanımlanmasını öneren ifadeler	"… Az önce konuştuğumuz mevzuları biraz daha açarsak, işte taramalara ağırlık verecek şekilde zaman ayrılması…"
Tarama Sıklığının Azaltılması	HYP'deki tarama sıklığının azaltılmasını öneren ifadeler	Bkz. İlgili kod

Ek-6 Katılımcılara Göre Metin Portreleri

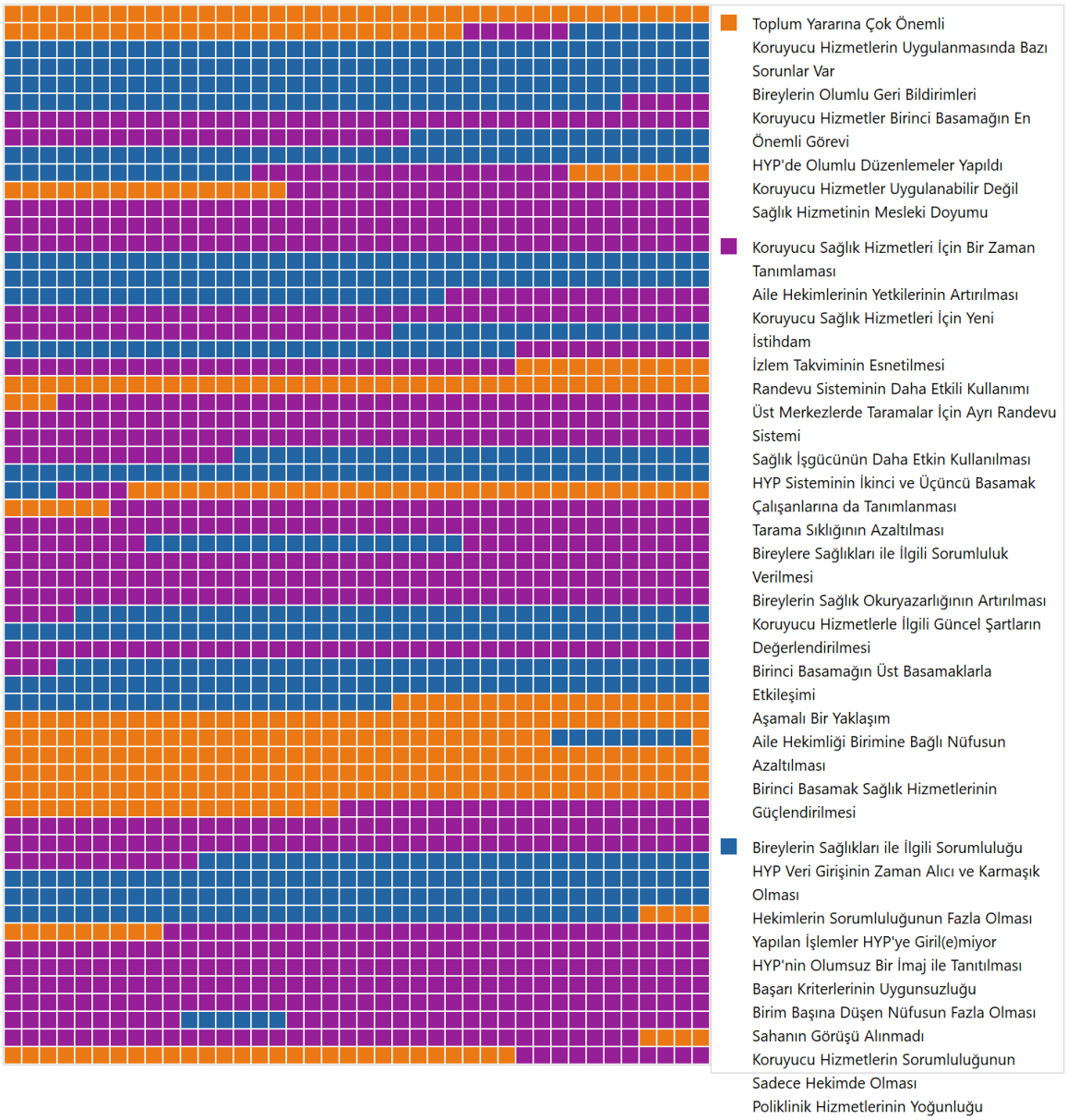
Metin Portresi: Katılımcı 1



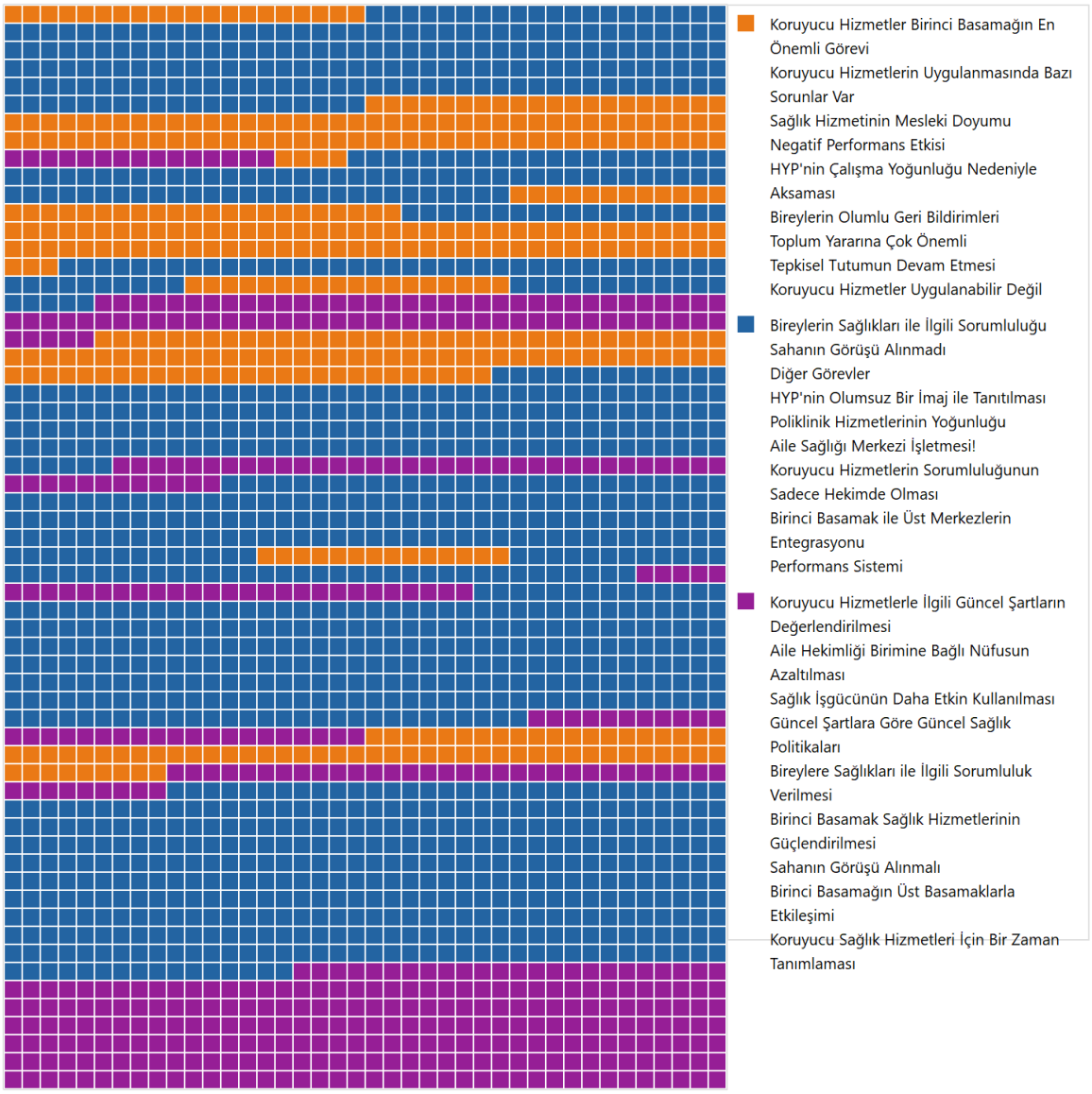
Metin Portresi: Katılımcı 2



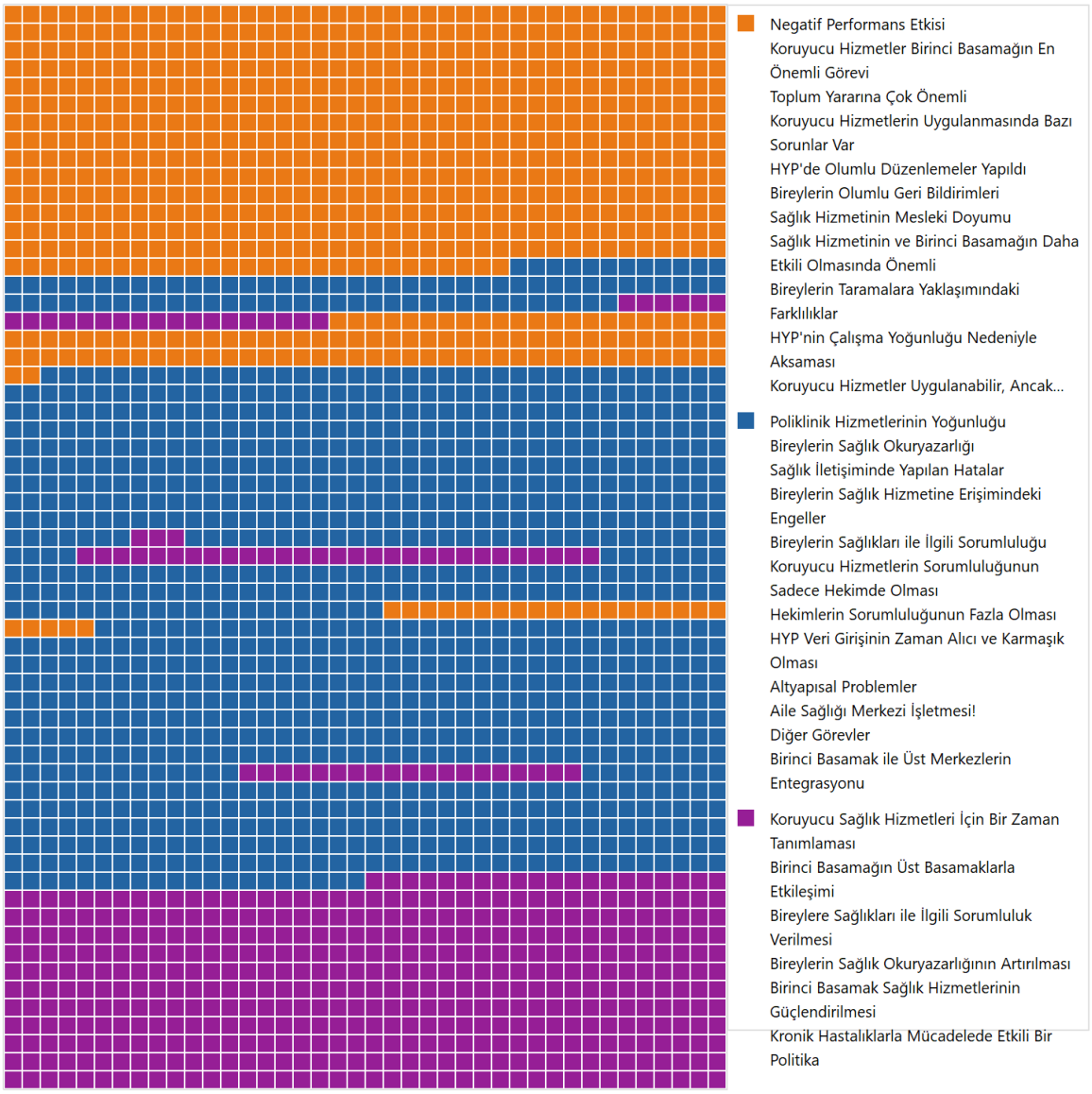
Metin Portresi: Katılımcı 3



Metin Portresi: Katılımcı 4



Metin Portresi: Katılımcı 5



Ek-7 Araştırma Zaman Çizelgesi

	2021				2022												2023												2024
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
Literatür Taraması																													
Araştırma Önerisinin Hazırlanması																													
Etik kurul ve diğer izinlerin alınması																													
Araştırmanın Uygulanması																													
Verilerin Kontrolü																													
Sonuçların Değerlendirilmesi																													
Araştırma Raporunun Hazırlanması																													
Tez Savunması																													

Ek-8 Yönetici Özeti

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişikliklerle beraber, literatürde aile hekimlerinin birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini uygulama düzeyi ve özellikle bu hizmetlerle ilgili görüşlerinin ve önerilerinin incelendiği çalışmaların eksikliği gözlenmektedir. Aile hekimlerinin, toplumun her kesiminden bireylerin ilk başvuru noktası ve birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulayıcısı olmasının yanında, bu uygulamalarda yaşanan/yaşanabilecek aksaklıkların da ilk ve en sık muhatabı oldukları göz önüne alındığında, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görüş ve önerilerinin alınması sağlık sisteminin daha etkin ve verimli çalışabilmesinde anahtar role sahiptir.

Bu çalışmanın amacı, Çanakkale'de çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen ***aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri*** *ile* ***hastalık yönetim platformunda*** *belirlenen iş ve işlemleri* uygulama düzeylerinin belirlenmesi; aile hekimlerinin bu hizmetler hakkındaki görüşlerinin, yaşadıkları sorunların ve çözüm önerilerinin değerlendirilmesidir.

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberindeki işlemleri (PSM), katılımcıların %42,3'ü uygulanabilir olarak değerlendirirken; Hastalık Yönetim Platformunda belirlenen işlemleri (HYP) katılımcıların %15,5'i uygulanabilir olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların koruyucu hizmetlerin uygulanabilirliği ile ilgili genel olarak olumsuz bir görüşe sahip olduğu gözlenmiştir.

Aile hekimlerinin uygulanabilirlik ile ilgili görüşleri, PSM ve HYP'yi uygulamalarına da yansımıştır; katılımcıların PSM uygulama düzeyi, HYP uygulama düzeyinden yüksek bulunmuştur.

HYP ve PSM uygulamalarının çeşitli sosyodemografik ve çalışma özelliklerinden etkilenip etkilenmediği incelendiğinde; cinsiyet, uzmanlık durumu, görev yerinin coğrafik özelliği, çalışılan birimin grubu, ilçe, yaş, hekim olarak çalışma süresi, aile hekimi olarak çalışma süresi ve birime bağlı nüfus özelliklerinin HYP ve PSM uygulamalarının bir belirleyicisi olmadığı saptanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi, bu önemin hekimlerin tıp eğitimi aldığı yıllardan başlayıp meslek hayatları süresince vurgulanması, koruyucu hizmetlerin bireylere ve sağlık sistemine olan olumlu katkıları ve gerek çalışmamızın bulgularına gerekse de literatüre göre, hekimlerin koruyucu

hizmetlerin önemi konusundaki görüşleri göz önüne alındığında, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin söz konusu hizmetlerin belirleyici olması beklenen bir durum değildir.

Çalışmamızın hem birinci aşamasında hem de ikinci aşamasında, koruyucu hizmetlerle ilgili sorunlar ve çözüm önerileri sorgulanmıştır. Burada, çalışmamızın her iki aşamasındaki sonuçların her iki koruyucu hizmet grubu (PSM ve HYP) için de benzer olduğu dikkat çekicidir.

Sonuç olarak, ilimizde çalışan aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri (PSM ve HYP) ile ilgili görüşleri, yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara önerdikleri çözümler değerlendirilmiştir. Genel olarak, katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin birinci basamağın en önemli görevi olduğunu, bu hizmetlerin toplum yararına çok önemli olduğunu, bu hizmetlerin bireylerin aldıkları hizmetten memnuniyetini ve aile hekimlerinin de mesleki doyumunu artıran bir etkisinin olduğunu düşünmektedir. Aile hekimlerinin yaşadıkları sorunlar; bireylerle ilgili olanlar, sağlık sistemi ile ilgili olanlar ve koruyucu hizmetlerle doğrudan ilgili olanlar diye gruplanmıştır. Bunlar arasında bireylerin sağlık sorumluluğu, aile hekimlerinin sorumlulukları, aile hekimlerinin iş yükü fazlalığı, birinci basamağın 2. ve 3. basamak ile etkileşimi, performans sistemi, HYP sistemindeki aksaklıklar, sahanın görüşünün alınmaması ve HYP'nin olumsuz algısı yer almaktadır. Katılımcıların çözüm önerileri genellikle belirtilen sorunların giderilmesi minvalinde olmuştur; bunlara ek olarak verilen öneriler arasında, sağlık politikalarının güncellenmesi, kutulardaki ilaç sayıları ile ilgili standardizasyon, aile hekimlerinin yetkilerinin artırılması, randevu sisteminin daha etkin kullanımı, sağlık çalışanlarının özendirilerek çalıştırılması, kronik hastalık izlemlerinin (HYP) aşamalı olarak uygulanması, koruyucu sağlık hizmetleri için yeni istihdam sağlanması, izlem takviminin esnetilmesi, tarama sıklığının azaltılması ve koruyucu sağlık hizmetleri için ayrıca bir zaman tanımlanması yer almaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

BENZERLİK RAPORU

