

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN 0-2 YAŞ
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİNE
BAKIŞ AÇISI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

Arş. Gör. Dr. Gökburak ATABAY

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2018

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Periyodik Sağlık Muayenesi.....	3
2.2. Koruyucu Bakımın Temel İlkeleri.....	6
2.2.1. Risk Değerlendirmesi	8
2.2.2. Bağışıklama	9
2.2.3. Tarama ve Takip	9
2.2.4. Eğitim	11
2.3. Periyodik Sağlık Muayenesinde Kanıta Dayalı Tıp Uygulaması.....	11
2.4. Koruyucu Hekimlikte Klinik Yöntem.....	14
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği	15
2.5.1. Aile Hekimliği Kavramı	15
2.5.2. Dünyada Aile Hekimliği.....	17
2.5.3. Türkiye’de Aile Hekimliği	18
2.6. Periyodik Sağlık Muayenesinin Bileşenleri	19
2.6.1. Bağışıklama ve Kemoproflaksi.....	19
2.6.2. Periyodik Sağlık Muayenesinde Taramalar.....	21
2.6.2.1. Yenidoğan Döneminde Metabolik Taramalar.....	21
2.6.2.1.1. Fenilketonüri Taraması.....	23
2.6.2.1.2 Biotinidaz Eksikliği Taraması	24
2.6.2.1.3. Konjenital Hipotiroidi Taraması.....	25
2.6.2.1.4. Kistik Fibrozis Tarama Testi Programı	26
2.6.2.2. Yenidoğan İşitme Taraması Programı	26
2.6.2.3. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı.....	27
2.7. 0-2 Yaş Arasında Uygulanması Gereken Periyodik Sağlık Muayenesi.....	28

2.7.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi.....	29
2.7.1.1. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamasının Yapılması.....	30
2.7.1.2. Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme.....	30
2.7.1.3. Demir Profilaksisi D Vitamini Profilaksisi	30
2.7.1.4. İnmemiş Testis Muayenesi.....	31
2.7.1.5. Fenilketonüri Taraması	31
2.7.1.6. Konjenital Hipotiroidi Taraması	31
2.7.1.7. Biotinidaz Eksikliği Taraması.....	31
2.7.1.8. Gelişimsel Kalça Displazisi	31
2.7.1.9. Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi	32
2.7.1.10. Premature Retinopatisi	32
2.7.1.11. Yenidoğan İşitme Taraması	32
2.7.1.12. Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı	33
2.7.1.13. Sağlıklı Diyet Danışmanlığı	33
2.7.1.14. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba Motor ve İnce Motor Gelişimin Taranması	33
2.7.1.15. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması	33
2.7.1.16. Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması.....	33
2.8. Niteliksel Araştırma	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırma Tasarımı.....	37
3.2. Araştırmanın Niteliği.....	37
3.3. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği	37
3.4. Etik Kurul ve İzinler.....	38
3.5. Veri Toplama Aşaması.....	38
3.6. Veri Toplama Araçları ve Sorular	39
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	39
4. BULGULAR.....	41

4.1. Aile Hekimlerine Göre 0-2 Yaş Periyodik Sağlık Muayenesinin Tanımı ve İşlevi	42
4.1.1. Koruyucu Sağlık	43
4.1.2. Maliyet Etkinlik	49
4.2. Aile Hekimliğinde 0-2 Yaş Arası Uygulanması Gereken Periyodik Sağlık Muayenesi Uygulamalarını Etkileyen Etmenler ve Çözüm Önerileri.....	51
4.2.1. Eğitime İlişkin Faktörler	52
4.2.1.1. Mezuniyet Öncesi Tıp eğitiminde Periyodik Sağlık Muayenesi.....	52
4.2.1.2. Uzmanlık eğitiminde Periyodik Sağlık Muayenesi.....	55
4.2.1.3. Hizmet İçi Periyodik Sağlık Muayenesi Eğitimi	57
4.2.2. Ailelere ilişkin faktörler.....	58
4.2.3. Hekimlere İlişkin Faktörler.....	61
4.2.4. Sisteme ilişkin faktörler	65
5. TARTIŞMA	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
KAYNAKLAR	87
8. EKLER.....	98
EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	98
EK 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu İzin Formu	100
EK 3. Derinlemesine Görüşme Formu	101

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kronik hastalıklar için majör risk faktörleri.....	8
Tablo 2. Tarama Kriterleri.....	10
Tablo 3. PSM’de Kanıtların Sıralanma Metotları	13
Tablo 4. PSM’de Önerilerin Sıralanma Metodu.....	14
Tablo 5. Ülkemize Aşı Takvimi	20
Tablo 6. Görüşmecilerin Sosyodemografik Bilgileri	42
Tablo 7. 0-2 Yaş PSM’nin tanım ve işlevine yönelik oluşan temalar	43
Tablo 8. Aile Hekimlerinin Mevcut 0-2 yaş PSM Uygulamalarını Etkileyen Etmenler İle İlgili Oluşan Temalar	52
Tablo 9. Aile hekimlerinin uygulamalardaki kısıtlılıklar ile ilgili çözüm önerileri	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tarama Süreci	10
Şekil 2. FKÜ Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması	24
Şekil 3. Biotinidaz Eksikliği Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması	24
Şekil 4. Hipotiroidi Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması	25
Şekil 5. KF Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması	26
Şekil 6. GKD Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması	28

KISALTMALAR DİZİNİ

AAFP	: American Academy of Family Physicians
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACPM	: American College of Preventive Medicine
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi
AH/GP	: Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
AMA	: American Medical Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCG	: Bacille Calmette- Guerin Aşısı Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza Tip b Aşısı
BÇİP	: Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CTFPHC	: Canadian Task Force on Preventive Health Care
ÇPGD	: Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programı
DaBT-İPA-Hib	: Beşli Karma Aşı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
e-ASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
FAH	: Fenilalanin Hidroksilaz
FKÜ	: Fenilketonüri
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GKD	: Gelişimsel Kalça Displazisi
HB	: Hemoglobin
HPLC	: High Performance Liquid Chromatography
İRT	: İmmün Reaktif Tripsinojen
KAH	: Konjenital Adrenal Hiperplazi
KDT	: Kanıta Dayalı Tıp
KF	: Kistik Fibrozis
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KKK	: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
PSM	: Periyodik Sağlık Muayenesi
RTÜK	: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
SPSTF	: United States Preventive Services Task Force
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
TV	: Televizyon
USG	: Ultrasonografi
WONCA	: World Organization Of National Colleges Academies and Academic Associations of Genereal Practioners/Family Physicians
YDTP	: Yenidoğan Tarama Programı
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu

TEŞEKKÜR

Tıp fakültesi eğitimimden beri karakteri ve çalışma azmine hayranlık duyduğum, tüm sorularımı sabırla cevaplandıran ve her defasında doğru yolu bulmama yardım eden Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Bilgi, birikim ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan, tez çalışmam sırasında pozitif enerjisiyle bana destek ve yön vererek yardımlarda bulunan, değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Kenan TAŞTAN'a,

Sınırlı bir süre de olsa samimi ve içten bir şekilde çalışma imkânı bulduğum Dr. Öğretim Üyesi Suat SİNCAN'a ve Dr. Öğretim Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a,

Tezime olan destek ve katkılarından dolayı Murat Kamil İNANICI'ya ve Doç. Dr. Adem PEKER'e,

Birlikte büyük bir AİLE olduğumuz, çalışmaktan gurur ve onur duyduğum tüm asistan arkadaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana emek veren ve benden hiçbir fedakarlığı esirgemeyen annem Ayşe ATABAY ve babam Hikmet ATABAY'a,

Dostum, kardeşim Esra ATABAY ve Mehmet Necip ATABAY'a,

Ve sonsuz sevgisiyle her zaman yanımda olan hayat arkadaşım, herşeyim Tuğba ATABAY'a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Gökburak ATABAY

ÖZET

Birinci Basamak Hekimlerinin 0-2 Yaş Periyodik Sağlık Muayenelerine Bakış Açısı: Nitel Bir Araştırma

Amaç: Çalışmada, birinci basamak hekimlerinin 0-2 yaş PSM'ye bakış açılarının belirlenmesi, uygulamalardaki farklılıkların nedenlerinin ortaya çıkarılması ve bunlara yönelik çözüm önerileri sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Erzurum ili merkez ilçelerine bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde, Mayıs-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda nitel araştırma örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme, maksimum çeşitlilik yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan 25-65 yaş arası, gönüllü, aile hekimliği uzmanı ve aile hekimliği yapmakta olan pratisyen hekimlerden oluşan 12 kişi ile ses kaydı altında, yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Ayrıca Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan 6 araştırma görevlisi ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Katılımcıların bilgileri gizli tutulmuştur. Görüşmeler yapıldıktan sonra tematik kodlama yöntemiyle içerik analizi yapılmıştır.

Bulgular: Yapılan içerik analizine göre, hekimlerin 0-2 yaş PSM ile ilgili tanımlarının odağında koruyucu sağlık ve maliyet etkinlik bulunmaktadır. Görüşmecilerin çoğunun mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminde 0-2 yaş PSM ile ilgili yeterli yapılandırılmış bir eğitim almadıkları görülmüştür. Birinci basamak hekimleri arasındaki yaklaşımın, performans sistemine tabi kısımların yapılması olduğu ve uygulamaların nüfus yoğunluğundan etkilendiği görülmüştür. Ailelerin farkındalığının eksik olduğu ve uygulamalara katılımı etkilediği ifade edilmiştir.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik uygulamalarının gerçekleştirilmesine olanak verecek şekilde geliştirilmelidir. Hekimlere koruyucu-savunucu görevlerini öğreten yapılandırılmış bir eğitim sistemine gereksinim duyulmaktadır. Aile hekimi başına düşen kayıtlı hasta sayısının kademeli olarak

azaltılması için gerekli politikalar belirlenmelidir. Toplumun bilinçlendirilmesi ve ailenin yasal olarak bu sorumluluğa ortak edilmesi gerektiği görülmektedir. Daha geniş katılımlı araştırmalar yapılarak, 0-2 yaş PSM ile ilgili kısıtlılıkları anlamaya çalışacak yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Periyodik sağlık muayeneleri; sağlam çocuk izlemi; koruyucu hekimlik; niteliksel araştırma

ABSTRACT

Perspectives of Primary Care Physicians to Periodic Health Examinations of Children Aged 0-2 Years: A Qualitative Study

Objective: This study aimed to determine the views of primary care physicians for periodical health examinations (PHE) in children aged 0-2 years, to reveal the causes of the differences in practice, and to offer solutions.

Materials and Methods: The study was carried out at the Family Health Centers (ASM) in Erzurum and Atatürk University Medical Faculty Research Hospital between May and September 2018. Purposeful sampling and maximum variation were used as sampling methods. Twelve family physicians and practitioners working as family physicians aged 25-65 years volunteered to join the study. Semi-structured and voice recorded face-to-face interviews were conducted with all participants. Additionally, a focus group discussion was done with 6 research assistants working in the department of family medicine. The information of the participants was kept confidential. After the interviews, content analysis was performed by the thematic coding method.

Results: According to the content analysis, preventive medicine and cost-effectiveness constitute the focus of physicians' definitions about 0-2 age PHE. It was observed that most of the interviewees did not receive adequate structured education related to the PHE of 0-2-years aged children during their graduate and postgraduate training. It was observed that the approach of the primary care physicians was targeted to accomplish tasks related to the performance payment system and the practices were affected by the population density. It was stated that families' awareness was lacking, which affected participation in the PHE procedures.

Conclusion: Primary health care services should be developed to enable the implementation of preventive medicine. There is a need for a structured education system that teaches physicians preventive-advocating tasks. Policies should be implemented to reduce the number of registered patients per family physician. It is evident that the awareness of the society and families should be shared legally with

this responsibility. Further studies are needed to investigate the limitations of PHE during 0-2-years of age.

Keywords: Periodic health examinations; healthy child monitoring; preventive medicine; qualitative research

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre 2016 yılında dünyada toplam ölümlerin yaklaşık %71'ini (41 milyon) bulaşıcı olmayan hastalıklar oluşturmuştur. Bu hastalıklardan meydana gelen ölümlerin %44'ünü (17,9 milyon) kardiyovasküler hastalıklar, %22'sini (9 milyon) kanserler, %9'unu (3,8 milyon) kronik solunum yolu hastalıkları ve %4'ünü (1,6 milyon) diyabet oluşturmaktadır. Dünyada, 30 ile 70 yaş arasında bulaşıcı olmayan dört ana nedenden birinden ölme riski, 2000 yılında %22 iken bu oran 2016'da %18'e düşmüştür (1).

Bu açıdan bakıldığında bulaşıcı olmayan hastalıklar başta olmak üzere sağlığın korunmasında birincil korumanın, ikincil ve üçüncül korumaya göre daha etkili olduğu görülmektedir (2).

Sağlam çocuk izleminin amacı; çocukluk çağında bazı hastalıklar ve sakatlıkları önlemek, önlenabilir ölümleri azaltmak, gelişimi desteklemek ve kişilerin sağlıklı erişkinler olarak yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır. Sağlam çocuk izlemi; öykü, fizik muayene, büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi, bağışıklık, tarama testleri ve sağlık danışmanlığını kapsayan bir temel sağlık hizmetidir (3).

Aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerin birincil korunmada rolünün oldukça önemli olduğu görülmektedir. Aile hekimliğinin temel amaçları; erken tanı ve tedaviyi sağlamak, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlayıp bu hastalıkların izlemine yapmak, bireylerin yaşam kalitesi ve sağlık düzeyini geliştirip toplumun gelişmesine katkı sağlamak, birinci basamakta bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktır (4).

Araştırılan belirli bir konu hakkında önceden hazırlanmış sorular sorularak veya görüşme anında amaca yönelik sorular sorularak katılımcıların duygu ve düşüncelerini sistemli şekilde öğrenmek, anlamak ve tanımlamak nitel araştırmalarda temel amaçtır (5).

Anket ve tutum ölçekleriyle çok farklı olabilen insan duygu ve düşünceleri ancak yüzeysel olarak anlaşılıp kısıtlı bilgiler elde edilmektedir. Gözlem metodunda ise sadece dışarıdan görünen davranışları belirlemek ve irdelemek mümkündür.

Davranışların sebepleri ve hangi amaçla yapıldığına ilişkin bilgi sağlamak oldukça güç bir durumdur. İnsanın zamana, mekâna, kişiden kişiye değişebilen duygu ve düşüncelerini daha derinlemesine ve ayrıntılı olarak ele almak için farklı özellikte bir araştırma yöntemine gereksinim olmaktadır. Kişiye giderek ondan bilgi almak kişilerin davranışlarının sebeplerini, duygu ya da düşüncelerini öğrenmede en isabetli yöntemdir. Kişilerin açık uçlu sorulara özgür şekilde vereceği cevap ve yapacağı yorumlarla bir konu hakkında duygu, düşünce veya görüşleri daha doğru şekilde öğrenmek nitel araştırmayla mümkün olmaktadır (6).

Bu çalışmada; birinci basamak hekimlerinin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'ye bakış açılarının belirlenmesi, bu konudaki farkındalıklarının incelenmesi, sahada yapılan uygulamalardaki farklılıkların nedenlerinin ortaya çıkarılması ve bunlara yönelik çözüm önerileri sunulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Periyodik Sağlık Muayenesi

PSM’de temel amaç hastalıkların henüz klinik olarak ortaya çıkmadığı veya belirgin hasar oluşturmadığı en erken dönemde tanınarak tedavilerinin yapılmasıdır (7, 8).

Sağlıklı olan kişilere de sağlık muayenesi yapılması gerektiği fikri ilk defa Birleşik Krallıkta 1861 yılında, daha sonra Fransa’da ve geçtiğimiz yüzyıl başında da Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ortaya atılmıştır. Tüberküloz ve göğüs hastalıkları üzerinde çalışma ve yayınlar yapan Horace Dobel, 1861 yılında sağlıklı kişilerde de hastalıklardan korunmaya yönelik PSM yapılmasının önemini vurgulayan ilk kişidir (7).

ABD’de farklı tıp dallarında uzmanlaşma ile ilgili ilk uygulamalar 1889 yılından sonra ortaya çıkmış, geçtiğimiz yüzyılın ilk yarısında en üst seviyeye ulaşmış ve farklı branşlarda alt uzmanlık dallarının gelişimi böylelikle başlamıştır (9).

ABD’de 1906 yılında ilk defa endüstri çalışanlarına yönelik sağlık muayenesi yapıldığı bildirilmektedir (10).

1900’lerin başında ABD’de Dr. George Gould kişilerde sağlık açısından riskleri belirlemek amacıyla sağlık muayenesi önerisini ortaya koyan kişi olarak görülmektedir. Takip eden yıllarda ilk defa 1915 yılında Ulusal Tüberküloz Derneği adlı bir sivil toplum kuruluşu genel sağlık muayenesi haftasını düzenlemiştir (7, 8).

Bulaşıcı hastalıkları ve fiziksel yetersizlikleri saptamanın bir yolu olarak okul çocuklarının periyodik muayenesi 1800’lerin sonu ve 1900’lerin başında savunulmaya başlanmıştır. Yirminci yüzyılın başında sigorta şirketleri bazı hekimleri sigorta yapacakları hastaları muayene etmeleri için görevlendirmiş ve ölüm risklerini azaltmak amacı ile müşterilerinin en az bir kez muayene olmalarını önermişlerdir. PSM’nin yararına ilişkin küçük kanıtların yayınlanması bu uygulamalarla mümkün olmaya başlamıştır. Life Extension Institute’nün tıbbi direktörü Eugene Lyman Fisk muayene edilen kişilerin gözlenen mortalitesi ile sigorta istatistiklerine göre

hesaplanan beklenen mortalitelerini karşılaştırmış ve böylece ilk önemli desteği vermiştir. Dokuz yıllık izlemle %18, beş yıllık izlemle %53'lere uzanan mortalite azalmasını göstermiştir (11).

“Check-up” kavramı, 1921’de ABD’de büyük bir hayat sigortası şirketinin yayınladığı, yıllık muayene edilen bireyler arasında mortalitenin düştüğü yönündeki çalışma ile herhangi bir şikâyeti olmayan erişkinlerin yıllık sağlık muayenesine gitmelerini popüler hale getirmiştir (12).

35 yaş üzeri kişilerin yıllık muayenesini öneren bir belge 1925 yılında yayınlamış ve bu uygulama 1970’li yılların başlangıcına kadar devam etmiştir. 1960’lı yıllarda ortaya çıkan kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamaları ile tıbbi kuruluşlar tarafından fizik muayenenin değeri ciddi olarak sorgulanmaya başlanmıştır. Yıllık fizik muayenelerle, bazı hastalıkların henüz tanısız büyüklüğe ya da olgunluğa ulaşmadığı için kolaylıkla gözden kaçabilmekte olduğu, ulaştığında ise semptom verdiği için ek tarama ya da tetkik yapılmasına gerek kalmadığı gözlemlenmiştir (11).

Geçtiğimiz yüzyılın başında ilk başta sigorta şirketleri tarafından benimsenen ve yaygınlaştırılan PSM ekonomik durgunluk döneminin olduğu 1930’lu yıllara gelindiğinde baştaki önemini bir miktar kaybetmiştir. İkinci dünya savaşı arifesinde “Memorial Bank Found” adlı bir kuruluşça hazırlanan raporda PSM’nin bir tıbbi gereklilik olmasından daha çok iş dünyasını ve sigorta sektörünü daha yakından ilgilendiren bir uygulama olduğu belirtilmektedir (13). Ancak ikinci dünya savaşını takiben “multiphasic screening” adı verilen ve yarım saat ile iki saatlik sürede tamamlanan doktorlardansa daha çok sağlık teknikerleri tarafından yürütülen ve doktorların bu verilere göre karar verdiği tarama programları ile PSM’ler yeniden yaygınlaşmaya başlamıştır (14-16).

Yıllık sağlık muayenelerinin yeterli olmadığı 1970’lerden sonra anlaşılmaya başlanmıştır. P.S. Frame ve S.J. Carlson 1975’de koruyucu hizmetlerin faydasını bildiren ilk bilimsel değeri olan makaleyi yayınlamış ve bunun öncesinde PSM’ye ilişkin büyük bir değişiklik olmamıştır (12).

Kanada’da 1976 yılında o zamana kadar ki süreçte en kapsamlı kanıta dayalı toplumsal tarama rehberlerinin ilki oluşturulmuştur (17).

1976’da Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care-CTFPHC) kurulmuş ve CTFPHC PSM’nin hedefini Kanada’da yaşayan kişiler için yaşam boyu periyodik sağlık değerlendirmesi için bir plan önermek ve Kanadalıların sağlığını nasıl koruyabileceğini belirlemek olarak belirlemiştir. İlk iki yıl asemptomatik kişilere PSM’deki koruyucu girişimleri önermek ya da karşı çıkmak ve bilimsel kanıtları değerlendirmek için yöntem geliştirilmeye çalışılmış ve CTFPHC tarafından 1979’dan 1994’e kadar yeni bilimsel kanıtlar ışığında 9 güncelleme yapılmış ve 28 rapor yeniden güncellenmiştir. 1994’te “the red brick” olarak da bilinen 81 tıbbi durum için öneriler içeren Kanadalı birincil bakım klinisyenleri için standart referans olan Klinik Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Kanada Rehberi’ni yayınlamıştır. CTFPHC 2005 yılında dağılmış ve 2010 yılında yeniden kurularak halen çalışmalarını başarı ile sürdürmektedir (18).

1984 yılında Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF), ilk kez ABD Halk Sağlığı Hizmetleri tarafından toplanmıştır. Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) 1998 yılında koruyucu sponsorluğu üstlenmiştir. Halihazırda USPSTF koruyucu hizmetler ve birincil bakımda özel sektör uzmanlarının bağımsız oluşumudur (19).

Ağustos 1996 yılında ise Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP) tarafından ilk periyodik muayeneye yönelik rapor onaylamıştır. O günden itibaren AAFP, Bilim ve Kamu Sağlığı Komisyonunun çalışmaları ışığında güncellenmektedir. AAFP tarafından kullanılan önerilerin birçoğunda bazı farklı durumlar mevcut olmakla birlikte çoğu USPSTF tarafından oluşturulmuş önerilerdir. AAFP, periyodik muayene için 2007 yılından sonra yapılan sınıflamaya göre genel ve özel sınıflar için 2013 yılında önleyici hizmetlere yönelik rehber yayımlamıştır (20).

Ülkemizde 1990 yılında başta öğrencileri daha sonra da toplumun tamamını hedef alan toplumun tamamına yönelik ilk sağlık taraması yapılmıştır. Yapılan

taramada o zamanki nüfus olan 55 milyon kişi hedef alınmıştır. 3.730 doktor, 991 diş hekimi, 56 eczacı, 2.215 sağlık memuru, 1.197 çevre sağlığı teknisyeni, 3.105 hemşire, 3.346 ebenin dâhil olduğu çalışmada toplam 15.731 sağlık personeli görev almış, 1989 yılı fiyatları ile harcama 3.212.759 000 TL olarak kayıtlara geçmiştir (21).

PSM fikrinin ortaya atılması ve yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanması yaklaşık yarım yüzyıllık bir süreci kapsamaktadır. Her ne kadar başlangıçta işverenler ve sigorta şirketleri tarafından sahiplenilmiş olsa da daha sonraları toplumun geneli için taramalar yapılmaya başlanılmış ve süreçte morbidite ve mortalitede önemli rol alan hastalıklara göre içeriğinde sürekli değişimler meydana gelmiştir. Yirminci yüzyılın sonlarına doğru önceden belirlenen standartlara göre toplum taramalarının yapılması yöntemi modifiye edilerek muhtemel risklere göre kişiye özgü tarama, sağlık eğitimi ve korunma şeklinde yapılandırılmış ve uygulamaya konulmuştur (22).

Yaklaşık yarım yüzyıl öncesinden başlanarak PSM formatının ortaya konmasında tüm tıp branşlarının katkısının yanısıra aile hekimlerinin bu süreci yürütmede ve yönlendirmede uzmanlık alanlarının kapsayıcılığı ve disiplinler arası yapısı açısından PSM'nin planlanması ve yürütülmesinde mutlaka yer almasının gerekliliği vurgulanmaktadır (22).

2.2. Koruyucu Bakımın Temel İlkeleri

Sağlıkta oluşan modern politikalar sonucu, insanların hastalıklarına odaklanılarak yapılan tedavi hizmetlerinin ekonomik yük, iş gücü azalması, hastalığa bağlı sekeller ve ölüm gibi sakıncalı sonuçları olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkelerin sağlık politikalarında; bağışıklama, bulaşıcı hastalıkları önleme programları, hasta eğitimi ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi hastalıktan koruyucu sağlık hizmetleri bu nedenle daha fazla önem teşkil etmeye başlamıştır.

Koruyucu bakım, hastalıklardan korunma, sağlık ve iyilik halinin devamlılığını amaçlayan tıbbi bakım yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Erken tanı hizmetlerini, riski olan hastalıkların teşhisini, sağlık danışmanlığı ve sağlık problemlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik diğer girişimleri kapsamaktadır (23).

Leuwenhorst 1974 yılında ilk kabul edilen Aile Hekimliği tanımında aile hekiminin görevlerine ek olarak, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesi için gerekli eğitim ve müdahaleleri bilmesi gerektiğini belirtmiştir. Olesen'in 2000 yılında yaptığı tanımlamada koruma, tanı, tedavi, bakım ve palyasyon aile hekimimin görevleri arasında belirtilmektedir. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) 2002 Avrupa tanımında ise aile hekimliğini sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, tedavi, bakım ve palyasyon sağlaması olarak vurgulanmıştır.

Koruyucu bakım hizmetlerinin başlangıcı tarihsel olarak çok eskilere dayansa da, toplumsal düzeyde hastalık oluşmadan önce önlem almak için yapılan sağlık kontrolü uygulamalarının yaygınlaşması ve sistematik olarak bu uygulamaların ele alınması yakın tarihlerde gerçekleşmiştir (24).

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkların gelişim evresine göre primordiyal, birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak gruplandırılır.

Birincil korumada hastalığın ortaya çıkmasını önleme, nedenleri ve risk faktörlerini kontrol ederek hastalık insidansını sınırlama, sağlıklı kişilerde ilk aşamada bir hastalık veya hasar gelişmesini önleme temel hedeftir. Proflaktik tedavinin yanısıra davranış değişikliklerini de içermelidir. En tipik örneği enfeksiyonlara karşı aşılama olarak örnek gösterilebilir.

İkincil korumada amaç genellikle belirti, bulgu ve işlev bozukluğuna yol açmamış, ancak vücutta oluşmuş hastalıkların saptanmasıdır ve genelde taramalarla saptanmaktadır. İkincil korumada erken tanı ile hastalığı tedavi etme, oluşabilecek ciddi sonuçları önleme hedeflenmektedir. Hastalığın başlangıcından tanıya kadar olan dönemi içerir ve asıl hedefi hastalık prevalansını azaltmaktır. Saptanması kolay ve tedavisi mümkün hastalıklarda uygulanır. İkincil korumaya örnek olarak mamografi uygulaması gösterilebilir.

Üçüncül korumada ise kalp hastalığı, diyabet ve kanser gibi komplike, kronik sağlık sorunlarının yönetimi hedeftir. Komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak ön plandadır. Üçüncül korunmaya rehabilitasyon programları, kronik ağrı tedavisi, hasta destek grupları örnek olarak gösterilebilir (25).

Koruyucu bakım hizmetleri; risk değerlendirmesi, bağışıklama, tarama ve eğitim ana başlıkları altında incelenebilir.

2.2.1. Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirmesi belirli bir süre içerisinde belirli bir etkenin etkisinde kalan kişilerin ne kadar risk taşıdığının belirlenmesidir. Sağlık rahatsızlık, hastalık, engellilik ve ölüme neden olan birçok risk faktörü tarafından etkilenir. Topluma etki eden bazı risklerde küçük oranda azalma bile toplum için büyük yarar sağlayabilir. Gruplarla ilgili risk değerlendirmesi bir veya daha fazla bireyin etkilenmesinin söz konusu olduğu durumlarda değerlendirilir (26).

Kronik hastalıklar koruyucu bakımın risk değerlendirmesinde önemli yer tutar. CTFPHC, Dünya Sağlık Raporu 2010'a göre majör risk faktörlerini şu şekilde sıralamıştır (Tablo 1) (27).

Tablo 1. Kronik hastalıklar için majör risk faktörleri

Kronik hastalıklar için majör risk faktörleri	
Sigara kullanımı	Aşırı kilo/obezite
Yüksek kan basıncı	Sağlıksız diyet alışkanlıkları
Fiziksel inaktivite	Yüksek kan şekeri
Aşırı alkol tüketimi	Yüksek kolesterol seviyeleri

Yaş, cinsiyet, genetik yapı gibi bazı risk faktörleri değiştirilemezken, davranışsal risk faktörleri ve ara biyolojik risk faktörleri olarak nitelenebilecek faktörlerin değiştirilmesi mümkün olabilmektedir. Sosyoekonomik yapı ve fiziksel koşullar davranışsal risk faktörlerini değiştirebilmekte ve dolaylı olarak biyolojik faktörleri etkileyebilmektedir. Ortak risk faktörleri ve bu faktörlerin farkında olmak kronik hastalıklara bütüncül yaklaşımın kavramsal temelini oluşturmaktadır (23).

PSM esnasında hekim öykü ve fizik muayeneye ek olarak yaptığı risk değerlendirmesi sonucu, yaşa ve cinsiyete göre önerilen tarama testlerini, aşılama ve danışmanlık hizmetlerini sunmaktadır. Yaşa ve cinsiyete özgü PSM kayıtların tutulması yapılması gereken işlemlerin hatırlanmasına yardımcı olmanın yanı sıra

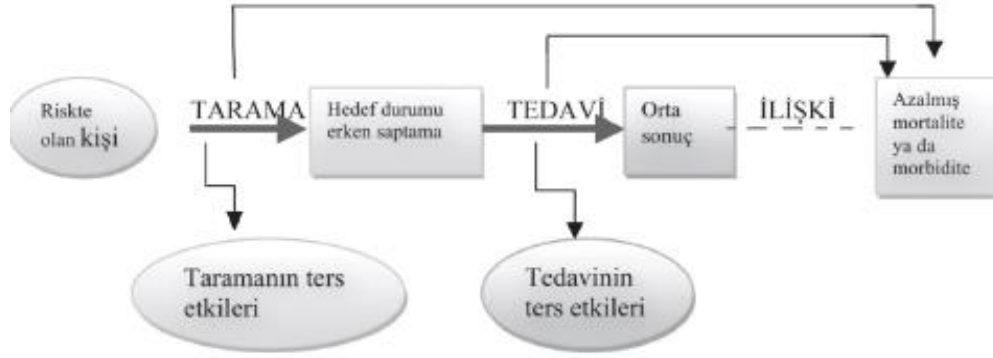
izlemi de kolaylaştırmaktadır. PSM’lerde hizmet sunumunda belirli kurallara uyulması bazı girişimlerin atlanma olasılığını en aza indirmektedir (28).

2.2.2. Bağışıklama

Bebeklikten yaşlılığa kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan bağışıklama hizmetleri, kişilerin enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılmasının yapılıp, toplumda görülen riskli hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacıyla yürütülen önemli temel sağlık hizmetleridir. Öncelikle bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere toplumdaki tüm bireylerin aşılama durumu kontrol edilmeli, ulusal aşı takvimine göre aşılama gerekenler ve eksik aşısı olanlar bütün fırsatlar değerlendirilerek tespit edilip aşılanmalıdır (29).

2.2.3. Tarama ve Takip

PSM’de çeşitli tarama yöntemleri kullanılır. Hastalık riski taşıyan kişilerde daha etkin ve daha ucuz tedavinin mümkün olduğu dönemde doğru bir şekilde tespit ederek, belirtiler gelişmeden önce erken tanı konulması taramanın birincil amacıdır. Hastalık klinik olarak belirti vermeden önce uygulanacak müdahalelerin, hastalığın prognozunun geç dönemlerde tespitine göre daha yüz güldürücü ve olumlu şekilde etkilediği burada altta yatan düşüncedir. Kişilerin yaşa bağlı gelişmesi olası hastalıkların risk faktörlerini tespit edip, söz konusu hastalıklardan korunma ya da hastalığın mümkün olduğunca hafifletilmesi için risk faktörlerinin modifiye edilmesi ise taramanın ikincil amacıdır. Kısa sürede topluma yararlı olacak şekilde tedavinin geliştirilmesini sağlayabilme, hastalık göstergelerinin erken bir aşamada belirlenmesi ile mümkün olabilmektedir. Tarama kararı alındıktan sonra devam eden süreç ise Şekil 1’de gösterilmektedir (30).



Şekil 1. Tarama Süreci (30).

Başarılı bir tarama programı için bazı ön şartlara gereksinim olduğunu belirten Wilson ve Jungner, şu an en iyi bilinen ve geçerliliğini koruyan bu kriterleri aşağıda yer alan tabloda 10 madde halinde sıralamıştır (Tablo 2) (31).

Tablo 2. Tarama Kriterleri

Tarama Kriterleri
Araştırılan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
Saptanan hastalar için kabul edilebilir bir tedavi yöntemi olmalıdır.
Tedavi ve teşhis için olanaklar olmalıdır.
Saptanabilen bir latent veya erken dönem olmalıdır.
Test toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
Kimlerin hasta olarak tedavi edileceği konusunda uzlaşmış bir politika olmalıdır.
Hastalığın doğal gidişi tam anlaşılmış olmalıdır.
Yapılacak harcama medikal bakım harcamasıyla ekonomik açıdan dengede olmalıdır.
Olgu saptanması bir kerelik değil, süregelen bir süreç olmalıdır.

2.2.4. Eğitim

Yaşam tarzını değiştirmeye yönelik koruyucu eğitim programlarının önemi kronik hastalıkların yaşam süresi ve kalitesine olan olumsuz etkisi, maddi ve manevi yükü düşünüldüğünde açıkça ortadadır. Hastane yatış oranları, pahalı tıbbi ve cerrahi işlem gerektiren hastalıklar, bu hastalıklara bağlı iş gücü kaybı ve ölümlerde azalma olması risk faktörlerinin kontrol altında tutularak destekleyici önlemlerin alınması ile kaçınılmaz olmaktadır (32, 33).

Kişiye hastalığa neden olabilecek davranışlar ve çevresel maruziyetler konusunda eğitmek ve danışmanlık vermek PSM'nin daha ileri hedefidir. PSM ile sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede sağlık risklerine yönelik davranış değişikliği yaratmak ise danışmanlıkla mümkün olmaktadır (34).

Periyodik muayene bireylerin yaşa ve cinsiyete uygun periyodik muayene konusunda bilgilendirilmeleri, muayene ile saptanan riskli sağlık davranışları hakkında danışmanlık, saptanan patolojik bulguların tanı ve izlem süreçleri hakkında bilgilendirme ve eğitim kısımlarını içermektedir. Günümüzde hastalıkla ilgili karar verme süreçleri, hastayı kendi bakımına işbirlikçi ve partner olarak katma, sorumluluğu sağlık çalışanı ile paylaşma gibi süreçlerle risk yönetimi olmaktadır. Hastanın riskleri ve davranış değişikliğinin önemini kavraması büyük ölçüde bu davranışların ne derece azaltılabileceği ile ilgilidir. Bu nedenle periyodik muayene hastaların eğitimi ve desteklenmesi, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması konularında erken tanının ötesinde önemli bir olanak sunmaktadır (35).

2.3. Periyodik Sağlık Muayenesinde Kanıta Dayalı Tıp Uygulaması

Hastaların genel sağlık muayenesini ve risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla sağlık sunucusu ile sağlanan bir veya daha fazla viziti içeren PSM, yaş, cinsiyet, klinik risk faktörleri ve laboratuvar testleri ile sunulan koruyucu hizmetlerin sonuçlarından biridir. KDT bireysel olarak her hastanın kişisel sağlık ihtiyacına cevap vermek için hekimin tecrübe ve eğitimi; erişim, tarama ve en iyi dış kanıtları bir araya getiren bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yönüyle KDT, tanı, tıbbi tedavi

ve cerrahi tedavi de dahil olmak üzere tıbbın tüm yönlerini kapsayan bir yöntem olmaktadır (36).

Sigorta şirketleri “Düzenli sağlık kontrolünden geçen kişilerde mortalite azalıyor!” düşüncesiyle, 1922 yılında yılda bir defa check-up uygulamasını başlattı. 1970’lere gelindiğinde ise bazı hastalıkların başlangıçta yeterli bulgu vermediği, tanı konulacak seviyeye gelindiğinde ise tedaviye yeterli süre kalmadığı fikriyle check-up süreci sona erdi ve günümüz PSM kriterleri olan yaş, maruz kalma, cinsiyet, kişisel risk gibi kavramlar gündeme geldi. ABD’de 1972’den bu yana yapılan bu uygulama ile hipertansiyonun erken tanı ve etkin tedavisi ile inme mortalitesinin %50, serviks kanseri mortalitesinin ise %80 azaldığı gösterilmiştir (37-39).

KDT uygulamaları; her bireyin hastalığı ile ilgili karar verilirken doğru tedavinin seçilmesinde, her defasında literatürde halen geçerli en iyi kanıtların açıkça, dürüstçe ve dikkatlice, mantığı ve sağduyuyu da kullanarak değerlendirilme yapılmasını içerir (40).

Kanıtların yanında bir hastalığa yönelik tarama yapılıp yapılmayacağı ve hangi metotla taranacağı aşağıdaki durumlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

1. Hastalığın taramaya değip değmeyeceği ve toplumdaki prevalansı önemlidir. Yaşam kalitesine üzerinde çok etkisi olmayan benign hastalıklar veya prevalansı çok düşük olan hastalıkları tarama gereksiz zaman ve maliyet oluşturabilmektedir.
2. Riskli kişileri tahmin ettirecek risk faktörleri veya erken tanı testlerinin olması, bu tür bir test veya risk faktörü varsa bunun duyarlılığı, özgüllüğü, pozitif tahmin ettirici değeri ve negatif tahmin ettirici değerinin de bilinmesi önemlidir. Ayrıca bu testlerin hasta ve hekim açısından maliyetlerinin kabul edilir olması da önemlidir.
3. Hastalığın cinsiyet, yaş grupları, coğrafi ve kültürel farklılıklar gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmekte olan morbidite ve mortalitesi de önemlidir.

4. Hastalığın tedavisinde “kabul edilebilir” metotların olması önemli bir diğer etkindir. Akciğer kanserine yönelik bir tarama yapılması tedavi edilemeyecek olması nedeniyle anlamlı olmayabilir.
5. Tanı ve tedavi ile morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği asemptomatik bir dönemin olduğu; serviks kanserinin pap yayması ile taranması veya meme kanserinin mammografi ile taranması gibi durumlarda önemli olmaktadır.
6. Hastanın şikâyetlerinin olmadığı dönemde tedavi yapılması şikâyetler ortaya çıktıktan sonrasına göre daha etkili olmalıdır (Örn. grip veya nezle) (36).

PSM önerileri belirlenirken yukarıdaki kriterlerin yanı sıra beş aşamalı bir kanıt sistemi de kullanılmaktadır. Konuyla ilgili en az bir adet iyi planlanmış randomize kontrollü çalışma bulunması en iyi kanıt yöntemidir. PSM önerilerinde kanıtların kalitesi sıralanıp bunlara dayalı önerilerde bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. PSM’de Kanıtların Sıralanma Metotları

PSM’de Kanıtların Sıralanma Metotları
I -En az bir adet iyi planlanmış randomize kontrollü çalışma var
II-a -İyi planlanmış, randomize olmayan kontrollü çalışmalar var
II-b-Tercihen birden fazla merkez veya araştırma gruplarından gelen iyi planlanmış kohort veya vaka kontrol çalışmaları var
II-c-Girişim olsun veya olmasın birden çok zaman serilerinden gelen anıtlar veya kontrolsüz deneylerde dramatik sonuçlar
III-Klinik tecrübeler, tanımlayıcı çalışmalar veya uzman komitelerin raporlarına dayanan görüşler

Birinci basamak hekimlerinin uygun rehberlerle desteklenmeleri ve uygulamalar açısından eğitilmeleri önem arz etmektedir. KDT uygulamalarında hekimin karar vermede kendi deneyim ve hastaların isteklerini mevcut en iyi bilimsel kanıtlar eşliğinde sunması gerektiği vurgulanmaktadır (Tablo 4)(36).

Tablo 4. PSM’de Önerilerin Sıralanma Metodu

PSM’de Önerilerin Sıralanma Metodu
A Söz konusu durumun PSM’de önerilmesini destekleyen yeterli kanıt vardır
B Önerilmesi zayıf kanıt vardır
C Önerilmesi için kanıt yetersizdir
D Söz konusu PSM önerilerinden çıkarılması için kanıt yoktur
E Söz konusu durumun PSM önerilerinden çıkarılması için yeterli kanıt vardır

Kanıt dayalı PSM’nin yaygınlaşması durumunda sağlığın kalitesinde önemli bir artış sağlanacak ve büyük bir kaynak israfı da önlenmiş olacaktır (41). Kanıt dayanarak PSM uygulama rehberleri oluşturmak için her ülke kendine özgü kanıt dayalı tıp yöntemlerinin uygulandığı rehberler hazırlamalıdır. Rehberlerin hazırlanması için çalışma grupları oluşturulup yapılacak güncellemeler de bu doğrultuda olmalıdır (36).

2.4. Koruyucu Hekimlikte Klinik Yöntem

Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakılmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen aile hekimliği sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır. Üstlendiği savunuculuk göreviyle sağlık kaynaklarının etkili kullanımını koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması sağlayarak yapar. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirmesinin yanında hastayla görüşme süreci kendine özgüdür. Bu süreç etkili bir iletişimle, hasta ile arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasına katkıda bulunur. Hasta gereksinimlerine göre sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamakla görevlidir. Özgün bir karar verme süreci ile rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirlenmesinde rol oynamaktadır. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir ve gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilen rahatsızlıkları yönetmede etkin rol almaktadır. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel boyutlarıyla ele almaktadır (42, 43).

McWhinney birinci basamakta hasta merkezli klinik yöntemi ilk olarak önermiş ve aile hekimliği eğitiminde probleme yönelme yerine birey yönelimlilik, hastanın bağlamını dikkate almak, koruyucu yaklaşım, risk altındaki toplumun özelliklerinin farkında olmak, toplumun kaynaklarının verimli kullanımı, bağlı nüfusun yaşadığı ortamda yaşama ve çalışma, ulaşılabilirlik, sağlık merkezinde, evde, hastanede her ortamda hastayı değerlendirme becerisi, hekimin kendi değerlerinin uygulamaya etkisinin farkında olmasını eğitimin sonunda ulaşması gereken hedef olarak belirtmiştir (44).

Hasta merkezli klinik yöntemin kişilerin sağlığına olumlu katkıları olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Hasta merkezli klinik yöntemin uygulanmasıyla istenen tanıya yönelik testler ve yapılan sevklerin sayıları azalmaktadır. Kaynakların etkin kullanımı yönüyle risklerin ve tekrar başvuruların azaltılmasında bazı risklere öncelik vermek gereklidir (45).

Aile hekimliğinin temel özellikleri içinde yer alan kültürel ve fiziksel olarak kolay ulaşılabilirlik, bireyin yaşadığı ortamı tanıma, dilini ve kültürel değerlerini anlama, hastanın bakış açısını dikkate alınması koruyucu bakımda çok önem arz etmektedir (44).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği

2.5.1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik (AH/GP), özgün eğitim içeriği, araştırma yöntemi, KDT temelli ve klinik uygulaması olan, birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir disiplindir. AH/GP uzmanlığı ise; bu disiplin ilkelerine göre oluşan uzmanlık dalıdır. Yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sunan hekimlerdir. Topluma karşı sorumluluk taşıma, hasta özerkliğine saygı duyma, hastaları bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal yönden değerlendirme aile hekimliğinin temel özelliklerindendir. Sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirirken

sağlığın gelişmesine, hastalıkların önlenmesine, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlanmasında görev alırlar. Aile hekimlerinin kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürmesi ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmesi etkili ve güvenli bir hasta bakımı için gereklidir (46).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde ise; “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 belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ve tabipler” olarak belirtilmiştir (47).

Aile hekimliğinin temel özellikleri ise şu şekilde özetlenebilir:

1. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
2. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
3. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4. Hasta çevresini destekler
5. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
6. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
7. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
8. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
9. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
10. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

11. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
12. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (46).

2.5.2. Dünyada Aile Hekimliği

Aile hekimliği uzmanlığı çeşitli ülkelerde genel pratisyen ya da uzman isimlerini almakta ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmekte iken bir hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayışını ya da biçimini içermektedir (48).

Çoğu ülkede birincil bakım sağlık hizmetleri AH/GP tarafından aile hekimliği sistemi olarak adlandırılan sağlık sunma yöntemi ile sağlanır. Aile hekimliği ise bir sistemin adı değil bir tıp disiplininin, bir bakım sunma felsefesinin adıdır. Sağlık sistemlerinin örgütlenmesindeki değişikliklerden dolayı ülkeden ülkeye aile hekimliği uygulamalarında da önemli farklılıklar olmaktadır (49).

1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen 2000 Yılında “Herkes Sağlık” hedefi doğrultusunda, DSÖ ve WONCA tarafından 1994 yılında Ontario-Kanada’da, “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlenmiş ve her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanında; “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılması ve genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmada merkezi role sahip olması” gerekliliği üzerinde durulmuştur. Aile hekiminin bu sorumluluğu yerine getirebilmesinde hasta bakımında yetkin olması, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele alması gerektiği vurgulanmış ve bu amaç doğrultusunda DSÖ ve WONCA tarihi bir iş birliği gerçekleştirmiştir. Konferansta aile hekimlerinin toplumun gereksinimlerine cevap verebilme ve sağlık bakımı sağlama konusunda güven vermeleri gerektiği konusunda önerilerde bulunulmuştur (50).

2.5.3. Türkiye’de Aile Hekimliği

Ülkemizde Aile Hekimi kavramı ilk kez tüm dünya ile aynı zamanda yani 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış, kendi başına bir uzmanlık dalı olduğu genel kabul görmemiş ve genel olarak sağlık ocağı hekiminin görev tanımlamasında yer almıştır. 1983 yılında dünyada yaklaşık 10 yıldır var olan aile hekimi uzmanlığının eğitiminin verilmesi ülkemizde de zorunlu hale getirilmiş ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de aile hekimi bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi aynı yıl olmuştur (51). Bunu takiben 1984 yılında Aile hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuş, 1985 yılında ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi sağlık bakanlığı ve sosyal sigortalar kurumuna bağlı eğitim hastanelerinde verilmeye başlanmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde 1992 yılında aile hekimliği anabilim dalı kurulmuş ve 1993 yılına gelindiğinde ise Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulduğunu belirtmiştir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini Avrupa Topluluğu üye ülkelerde 1995 yılında zorunlu hale getirilmiş ve 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (52).

24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete ’de 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un yayımlanmasıyla Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması yürürlüğe girmiş ve ardından sırasıyla 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve 12.08.2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete ‘de “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Böylelikle uygulama ilk defa 15.09.2005 tarihinde pilot olarak Düzce İlinde başlatılmış ve 2010 yılı sonu itibariyle tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. 26.01.2010 tarihinde de toplum sağlığı merkezlerinin oluşturulma ve çalışma esasları ile bu merkezlerde görev alan personele ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” yayımlanmış daha sonra 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin (KHK) 58. maddesi gereği “pilot” ifadesi kaldırılmıştır. Güncel

gelişmeler ve ihtiyaç durumuna göre ilgili mevzuatta dönem dönem değişiklikler yapılmış, en son 30.12.2010 25 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete ‘de “Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik”, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve 03.08.2011 tarihinde de “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” üzerinde düzenlemeler yapılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanmasını içeren aile hekimliği ile temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanılması ve bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları amaçlanmış ve bu çerçevede dünya modelleri ile ülkemizin mevcut sağlıkta hizmet sunumu dikkate alınarak oluşturulan Türkiye Aile Hekimliği Modeli adı altında sağlığı teşvik edici koruyucu hizmetler, muayene, müdahale, birinci basamakta yapılan tetkikler, taramalar, aşılama, yerinde ve gezici sağlık hizmeti, evde bakım hizmeti, danışmanlık hizmetleri; kişilerin sağlık sigortası olup olmamasına bakılmaksızın herkes için ücretsiz olarak sunulmaya başlanmıştır (53).

2.6. Periyodik Sağlık Muayenesinin Bileşenleri

2.6.1. Bağışıklama ve Kemoprofilaksi

PSM; kişiye ve içinde yaşadığı çevrenin risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kapsamlı bir tıbbi hikaye ve muayeneyi içeren, kanıta dayalı tarama testleri olan, bununla birlikte danışmanlık, sağlık eğitimi, bağışıklama ve kemoprofilaksiyi de içine alan bir sağlık izlem programıdır (54-56).

Kişinin bir etkene karşı bağışıklık kazandırılmasına immünizasyon adı verilmektedir. İmmünizasyon aktif veya pasif yapılabilir. Kemoprofilaksi tanımı ise bireylere bir maddenin eksikliği veya bir nedene bağlı ortaya çıkabilecek hastalıkların gelişimini engellemek amacıyla farmakolojik özellikteki maddeleri verilerek yapılan uygulamaları kapsar (57).

Doğum sonrası ilk 48 saat içinde yenidoğanın değerlendirilmesinde bebeğe ilk doz hepatit B aşısı da uygulanmalıdır. Bundan sonraki 2. değerlendirme 15. günde olmalıdır. İkinci değerlendirmede bebeğe günlük 3 damla/400 IU D vitamini damla başlanmalıdır. 12. ayına kadar bebeğe bu tedavi uygulanmalıdır.

Elementer demir takviyesi dördüncü ayın sonundaki bebeklere başlanmalı ve 12 ayın sonuna kadar desteklenmelidir. Bu dönemde bebekte demir eksikliği anemisi bulguları yoksa elementer demir tedavisi sonlandırılabilir.

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından çocukluk çağı aşı uygulamaları, çocukluk çağı periyodik muayeneleri ile senkronize bir şekilde bu muayeneler sırasında uygulanmaktadır. Bu programa göre doğumda hepatit B 1. doz ve Birinci ayın sonunda hepatit B 2. doz aşısı uygulanmalıdır. İkinci ayın sonundaki kontrolde, Bacille Calmette- Guerin Aşısı (BCG), Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (DaBT-İPA-Hib: Beşli Karma Aşı), Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA) uygulanmalıdır. Dördüncü ayın sonunda 2. doz KPA ve 2. doz DaBT-İPA-Hib, altıncı ayın sonundaki kontrolde ise bebeğe 3. doz beşli karma aşı, 3. Doz KPA aşısı, 3. doz hepatit B aşısı ve 1. doz Oral Polio aşısı uygulanmalıdır. Bir yaşında Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak aşısı (KKK) ve suçiçeği aşısının 1. dozları ve KPA'nın rapel dozu uygulanmalıdır. 18. ayın sonunda, bebeğe 1. doz hepatit A, 2. doz OPA ve rapel doz beşli karma aşı uygulanmalıdır. 24. ayın sonundaki kontrolde 2. doz hepatit A aşısı uygulanmalıdır (Tablo 5) (58).

Tablo 5. Ülkemize Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

İnsan sağlığı açısından son yüzyılda yaşanan temel gelişmelerin başlıcalarından biri de immünizasyon uygulamalarıdır. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve insan hayatının uzaması, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında temel fonksiyona sahip uygulamalardan biridir. Bu sebeple PSM'nin immünizasyon uygulamaları ve kemoprofilaktik uygulamalar ile bütünleştirilmesi ve her bireyin bu açıdan değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bunun yanısıra bireylerin bu ajanlara karşı alerjik duyalılıkları ya da aşı veya kemoprofilaktik ajanların bireyleri farklı etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (59).

2.6.2. Periyodik Sağlık Muayenesinde Taramalar

İdeal bir tarama testi klinik olarak anlamlı ve eğer tedavi edilmezse, önemli morbidite ve mortaliteye neden olacak hastalıklar için tasarlanmalı; ucuz, non-invaziv bir işlem olma özelliği göstermelidir. Ayrıca, belirtiler ortaya çıkmadan önce hastalığın klinik öncesi aşamasında, hastalığı tespit edebilmeli ve bu hastalığın kabul edilebilir bir tedavi sürecinin olması da gereklidir (60).

1968 yılında DSÖ ‘Wilson ve Jungner kriterleri’ adlı bildiride tarama programlarına dahil edilmesi gereken hastalıkların özelliklerini bir liste halinde yayınlamıştır (31). Eğer bir hastalık için tarama yapılacaksa; tarama yapılacak hastalık o toplumda sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunu olmalı, hastalığın kesin tanısı için doğrulayıcı testler olmalı, tanısı sonrası kabul edilebilir bir tedavisi mevcut olmalı, hastalığın erken tanıya yetecek süre kadar semptomsuz bir latent dönemi olmalı, test yöntemlerinin geçerliliği, duyarlılığı ve özgünlüğünün yüksek olmasının yanında; uygulaması basit, kolay, hızlı, güvenilir ve maliyeti düşük olmalı, hastalığın doğal seyri yeterince anlaşılmış olmalı, uygulanacak tarama testi toplum tarafından kabul edilebilir olmalı, erken dönemde uygulamaya başlanan tedavi mortalite ve morbidite azaltmalıdır (31, 61).

2.6.2.1. Yenidoğan Döneminde Metabolik Taramalar

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yenidoğan tarama programı (YDTP) birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli yere sahip, koruyucu sağlık hizmetlerinden biridir (62). YDTP erken tedavi ile önlenebilecek hastalığı olan

bireyleri belirlemeye yönelik yapılan en iyi halk sağlığı çalışmalarından birisidir (61, 63). Bu programlar vasıtasıyla tedavi ile önlenebilen hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması sağlanır (64, 65).

Yenidoğanda fenilketonüri (FKÜ) taraması ilk defa Centerwall tarafından 1957 yılında idrarda ferrik klorür testinin kullanılması ile uygulanmıştır. İlk tarama programı ise 1963 yılında Massachusetts'te Guthrie tarafından halen pratikte kullanımda olan bakteriyel inhibisyon yönteminin ve kan örneklerinin toplandığı filtre kâğıdının geliştirilmesi ile uygulanmaya başlamıştır (61, 66, 67). Yenidoğan taramaları birçok farklı yöntem ile yapılmasına rağmen en sık kullanılanı; biyokimyasal fenotipin metabolit düzeyinin taranmasıdır. Kullanılan diğer yaklaşımlar; enzimatik fenotip protein/enzim düzeyinin taranması, DNA düzeyinde genotipik tarama yapılmasıdır. Aşamalı testler ile birden fazla yöntemi bir arada kullanıp taramanın özgünlüğünün arttırılması amaçlanmaktadır (61).

Tarama programlarında esas nokta hastalıkların herhangi bir morbidite veya mortaliteye neden olmadan mümkün olan en erken dönemde saptamasını ve en kısa sürede uygun tedavinin uygulamasını sağlamaktır (61, 62). Ancak, unutulmaması gereken şey; yaşamın erken dönemlerinde taramaların duyarlılık ve özgünlüğünün düşük olabileceğidir. Çünkü birçok metabolit yaşa bağımlı farklı düzeylerde saptanabilir (61). Doğumu izleyen 3.-5. günler tarama zamanı için en uygun zamandır (61, 63). Örneğin ilk 24 saat içinde alınması, prematürite, antibiyotik tedavisi altında olma, ağızdan beslenememe, kan transfüzyonu ve uygun alınmamış kan örnekleri ikinci bir kan örneğinin alınmasını gerekli kılan durumlardır (68).

Ülkemizde YDTP kapsamında Guthrie kâğıdına alınan topuk kanları İl Sağlık Müdürlüğü Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi (AÇSAP) şubelerinde toplanıp Ankara ve İstanbul Hıfzısıhha Merkezi bünyesindeki tarama merkezlerine gönderilmektedir. Hipotiroidide tiroid stimülan hormon (TSH) yüksek performanslı sıvı kromatografisi (HPLC), fenilketnride fenilalanin florometrik yöntem ve biotinidaz eksikliğinde ise kolorimetrik gibi yöntemlerle ile ölçüm yapılmaktadır (61).

Değerlendirme sonucu şüpheli bulunan bebeklerde konjenital hipotiroidi için ‘‘T4-TSH ltrnz’’, FK ve biotinidaz enzim eksikliği için ‘‘pediatri beslenme ve

metabolizma kliniğine sevk ediniz’’ ve kistik fibrozis (KF) için ‘’ter testi için sevk’’ şeklinde sistemde uyarı vermesi sonucu halk sağlığı müdürlükleri tarafından bu bebeklerin aile hekimine ulaşılarak sistemden alınan sonuç çıktıları ile en uygun merkeze sevki sağlanmalıdır (69).

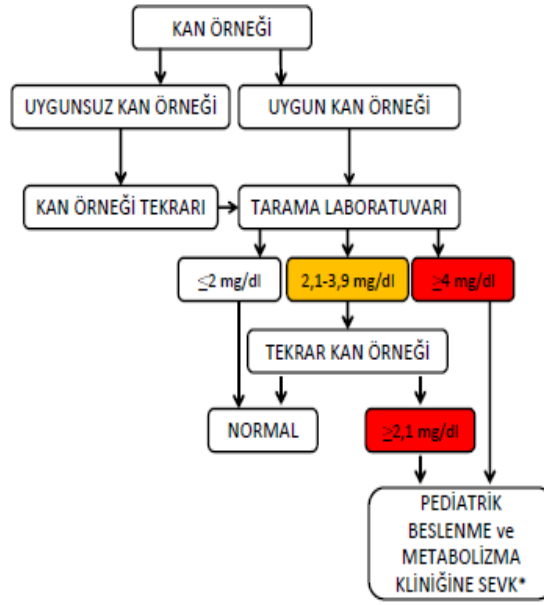
Ulusal programımız Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığınca yürütülmekte ve uygulanmaktadır. Ülkemizde 25.12.2006 da YDTP ile yenidoğan bebeklerin FKÜ ve konjenital hipotiroidi açısından, Ekim 2008’de biotinidaz eksikliği ve 2015 Ocak ayından itibaren de KF tarama programı olarak uygulanmaya başlamıştır. 2016 yılında Konya ve Adana’da konjenital adrenal hiperplazi (KAH) açısından pilot bölge taraması başlatılmıştır. (69).

2.6.2.1.1. Fenilketonüri Taraması

Dünya genelinde ortalama insidansı 1:10000 olan FKÜ hastalığının insidansının ülkemizde 1:4172 olduğu Hacettepe Üniversitesi öncülüğünde başlatılan yenidoğan FKÜ taraması ile ortaya konulmuştur. İnsidansı ülkeden ülkeye değişmektedir (70).

Doğumsal bir protein metabolizma bozukluğu olan FKÜ hastalığı karaciğerden salgılanan fenilalanin hidroksilaz (FAH) enziminin yokluğu veya yetersizliği nedeni ile esansiyel bir aminoasit olan fenilalaninin metabolize edilememesidir. Fenilalanin düzeyi normalin 20-30 katı kadar artmaktadır. Bunun sonucunda protein sentezinin baskılanmakta, miyelin sentezi azalmakta, serotonin, dopamin ve norepinefrin nörotransmitterlerinde belirgin düşüşler olmaktadır (71). Enzimin kofaktörü tetrahidrobiopterindir. Hiperfenilalaninemi bu kofaktörün eksikliği sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (61).

FKÜ açısından ulusal tarama programımızda izlenen akış şeması şekil 3’teki gibidir.



Şekil 2. FKÜ Tarama Programında uygulanan akış şeması (72).

2.6.2.1.2 Biotinidaz Eksikliği Taraması

Biotin eksikliği ile hastalık tablosu amino asit katabolizması, yağ asidi sentezi ve glukoneogenez basamaklarında görevli karboksilazların görevini yapamaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 1:11.331, dünya genelinde ise 1:120.000 sıklığında görülmektedir (73, 74). Ulusal YDTP’de 2008 yılından itibaren yer almaktadır. Biotinidaz eksikliği durumunda ulusal tarama programımızda izlenen akış şeması Şekil 4’teki gibidir.



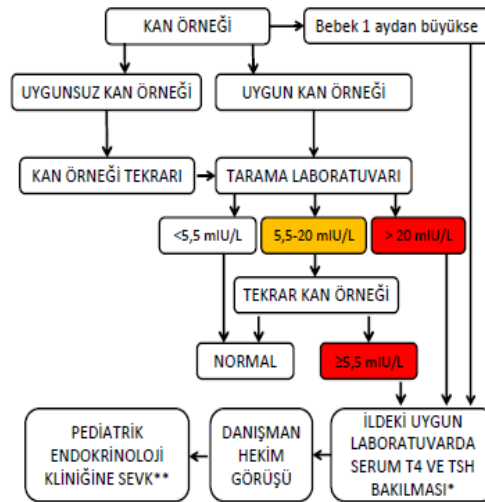
Şekil 3. Biotinidaz Eksikliği Ulusal Tarama Programında uygulanan Akış Şeması (72).

2.6.2.1.3. Konjenital Hipotiroidi Taraması

En sık görülen ve önlenabilir zekâ geriliği nedenlerinden biri olan konjenital hipotiroidi 1:2000-4000 sıklığında görülmektedir (75). Erken dönemde belirgin bulgu vermemesi tedavinin gecikmesine, psikomotor ve mental geriliğe yol açmaktadır. İlk 24-48 saat içinde alınan kanlarda yalancı pozitif yüksek TSH saptanabileceği için en uygun örnek alım zamanı 3.-5. Gün olmalıdır (61, 76).

Daha çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için hastanede doğan bebeklerden ilk 24 saat içinde ilk kan örneği alınmakta ve bu gibi durumlarda ikinci topuk kan örneğinin alınması için ailelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına gitmeleri gerektiği hatırlatılmalıdır (61, 76).

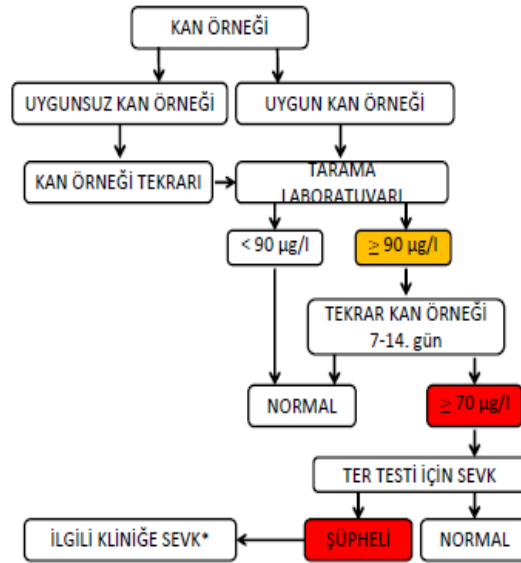
Türkiye’de 2006 yılından itibaren YDTP’de yer alan konjenital hipotiroidi taramasında, kuru kan örneğinde sadece TSH düzeyi ölçümü yapılmaktadır (77). 1:50000 sıklığında görülen santral hipotiroidi, 1:5000-10000 sıklıkta görülen tiroid bağlayıcı globulin eksikliği ve hipotiroidinemi bu yöntem ile saptanamamaktadır. İkinci bir yöntemde ise T4 düzeyi ölçülür. Ancak bu yöntemde de başlangıçta T4 düzeyi normal olan vakalar saptanamadığından ideal konjenital hipotiroidi tarama programı, aynı anda hem T4 hem de TSH ölçümü ile olmaktadır (Şekil 5) (78).



Şekil 4. Hipotiroidi Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması (72).

2.6.2.1.4. Kistik Fibrozis Tarama Testi Programı

Ekzokrin salgı bezlerinde fonksiyon bozukluğu ile karakterize, birçok sistemi tutan otozomal resesif geçişli bir hastalık olan KF ülkemizde 1:3000 canlı doğumda görülmektedir. 7. Kromozomdaki KF geni mutasyona uğramış ve bunun sonucunda klor iyonunun transportu bozulmuştur. Solunum yolu, pankreas ve safra kanalları gibi organlarda sorunlara yol açmaktadır. Topuk kanından alınan örneklerde İmmün Reaktif Tripsinojen (İRT) ölçümü yapılmakta ve İRT değeri belirlenen düzeyin üzerinde bulunan bebeklerin topuk kanından ölçümü tekrarlanmaktadır. Tekrarlanan ölçümün de yüksek çıkması durumunda, bebekler ter testi yapılan merkezlere yönlendirilmelidir. Bebeklere ter testi birkaç günlük olunca yapılabilir ancak bebekler dört haftalık olmadan önce yeterli düzeyde ter toplanamayabilir. Bebeklerde klor düzeyinin 40 mEq/L'den fazla olması KF'yi düşündürmektedir (79). KF açısından ulusal tarama programımızda izlenen akış şeması Şekil 6'daki gibidir.



Şekil 5. KF Ulusal Tarama Programında uygulanan Akış Şeması (72).

2.6.2.2. Yenidoğan İşitme Taraması Programı

İşitme taramalarının asıl amacı işitmenin normalliğini belirlemek ve işitme kaybını üç aydan önce tanıyarak altı aydan önce de tedavisini mümkün kılmaktır. Toplumda işitme kaybının görülme sıklığı 1000 canlı doğumda 1-3 olup risk faktörü varlığında 10-20 kat daha fazla sıklıkta görülebilmektedir. Aile öyküsü, intrauterin

enfeksiyonlar, kulak, yüz anomalileri, düşük doğum ağırlığı (<1250 g), beş günden fazla yoğun bakım ünitesinde kalmak, transfüzyon gerektiren hiperbilirubinemi ve işitme kaybı ile seyreden sendromlar başlıca risk faktörlerindendir. Bir çocuğun sese karşı tepkileri 0-4. aylarda irkilme, göz kırpması; 4-7 ay arası baş çevirme, sesi arama; 7 ay ve üzerinde ise sesi lokalize edip tanıyabilme olarak gelişimini sürdürmektedir (80). İşitme taraması yapılırken öykü ve fizik muayenede bu gelişim özelliklerinden yararlanmanın yanında işitme kaybının olup olmadığı objektif laboratuvar yöntemleri ile desteklenmelidir. Yaşamının ilk ayında olan bebeklere mutlak suretle işitme taraması uygulanmalıdır. Bu amaçla tüm yenidoğanlara otoakustik emisyon testi uygulanmaktadır ve bu testi geçemeyenlerde ise uyarılmış beyin sapı potansiyelleri ölçümü yapılmalıdır (81). İşitme taraması negatif olan riskli çocukların ise üç yaşına kadar altı ayda bir odyolojik testler ile takip altında olması önerilmektedir (82).

Toplumda işitme kaybı görülme olasılığı konjenital hipotiroidi (bin canlı doğumda 0,25), FKÜ'ye göre (bin canlı doğumda 0,08) daha yüksek oranda görüldüğü için bu durum işitme kaybının geç tanısının kabul edilemez olduğunun göstergesidir (83, 84). 1999 yılında Amerikan Pediatri Akademisi ilk üç ay içinde ulusal işitme tarama testinin, altı aydan önce de gerekli müdahalenin yapılması önerisinde bulunmuştur (85). Ulusal yenidoğan işitme tarama programlarında kullanılan testler noninvaziv, nesnel ve fizyolojik ölçümlerin yapıldığı otoakustik emisyon testi (Otoacoustic Emissions) ve işitsel beyin sapı yanıtı testi (Auditory Brainstem Response) gibi yöntemlerdir (86).

2.6.2.3. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

Gelişimsel kalça displazisi (GKD), çeşitli nedenlerle kalça yapılarının yapısal bozulması sonucu oluşan dinamik bir hastalıktır. Kalça ve kalça eklemi oluşturan yapılar intrauterin gelişimleri esnasında normaldir. GKD riskini arttıran nedenlerin başında aile öyküsü, makat doğum, çoğul gebelik, oligohidroamniyoz, tortikollis, metatarsus adduktus, pes kalkaneovalgus gibi deformitelerin eşliği, beyaz ırk, ilk bebeğin kız olması ve bebeğin kundaklanması gelmektedir (87). GKD'nin yenidoğan döneminde görülme sıklığı 1/100, kalça ekleminde tam çıkık görülme sıklığı da 1/1000'dür. Türkiye'de ise bu sıklığın 1000 canlı doğumda 10-15 olduğu öngörülmektedir ki

bu da şayet tedavi edilmezse her yıl 14-18 bin yenidoğanın sakat kalma olasılığı ile karşı karşıya kalabileceğini gösterir (87, 88).

Yenidoğanın GKD açısından taranabileceği birinci yöntem; yenidoğan tüm bebeklere yaşamın en geç ilk 4-6 haftasında kalça ultrasonografisi (USG) incelenmesi yapılmasıdır. Risk faktörü taşıyan ve/veya en az bir fizik muayene bulgusu pozitif olan bebeklerin en geç ilk 4 hafta ila 6 hafta arasında USG'ye yönlendirilerek taranması ikinci yöntemdir (89). Türkiye’de ise 3-4 hafta içinde fizik muayene ve kalçanın USG incelemesinin yapılması şeklinde olup GKD tarama programı ile tarama oranı 2015 yılında % 51,6 olarak kayıtlara geçmiştir (Şekil 7) (88).



Şekil 6. GKD Ulusal Tarama Programında Uygulanan Akış Şeması (72).

2.7. 0-2 Yaş Arasında Uygulanması Gereken Periyodik Sağlık Muayenesi

Çocuk sağlığı izlemlerinin başlıca uygulanma yöntemlerinden biri fizik muayenedir. Tespit edilmesi olası GKD, kardiyak üfürümler, femoral nabız, inmemiş testis, gözde kırmızı fundus refleksi gibi bazı hastalıklar için bir tarama yöntemi olup hiçbir şikâyeti olmasa bile her çocuğun tüm vizitlerde boy, kilo ve en az iki yaşına kadar baş çevresi ölçülmesi ile büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesi adına tam bir fizik muayene yapılması gereklidir (3, 90, 91).

Ülkemizde 0-2 yaş arası bebek ve çocuklara uygulanması gereken PSM “T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında

Önerilen PSM ve Tarama Testleri Rehberi” adı altında yayınlanmış ve bu ulusal rehber gere yapılmaya başlanmıştır.

2.7.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. Maddesi’nde tanımlanan Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında bireye yönelik sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmeti sunmak, birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak, kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına göre izlem ve taramalarını PSM ile kayıtlara geçirmek ve nüfusa kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirip sağlık kayıtlarını güncellemek bulunmaktadır.

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından DSÖ ve diğer ilgili uluslararası kaynaklardan yararlanılarak izlem protokolleri oluşturulmuştur. Aile hekimliği uygulamasında mevcut bilimsel kanıtlar göz önüne alınarak uzman katılımcılarla, bu protokollere bağlılık esas alınarak benzer standartlar geliştirilmiş ülkelerin koruyucu sağlık önlemleri ve erken tanı ile taramaları yapılabilecek sağlık problemlerinin uygulanabilirliği açısından değerlendirilmiştir.

Türkiye’de sık görülen ve sahada çalışan hekimlerin böyle bir rehberde olmasını istedikleri sağlık sorunlarını kapsayan Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Rehberi oluşturulmuştur. Bu rehberde aile hekimliği uygulamasında bireylerin sağlığının korunması için tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoproflaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla periyodik muayene ve tarama yöntemleri ve öneriler yer almaktadır. Yayınlandığı tarih itibarı ile en geçerli bilimsel anlayışı yansıtmakta olan öneriler ancak devam eden araştırmaların ortaya çıkarabileceği yeni bilgiler göz önüne alınarak güncellenmektedir.

Aile hekimliği hizmetlerinin ulusal bir rehber eşliğinde, kişiye özgü riskler değerlendirilerek gerçekleştirilmesi ve sağlıklı hayatın teşviki programlarının daha da

geliştirilmesi ve bunu yanı sıra aile hekimliği uygulamasında, uzun vadede kişiye özel kapsamlı sağlık hizmeti verilmesi, kişilerin sağlığını tehlikeye atacak hatalı uygulamaların veya riskli sağlık davranışlarının tespit edilerek düzeltilmesi amacıyla sağlıklı bir hasta hekim iletişiminin sağlanması da asıl hedeftir (58).

2.7.1.1. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamasının Yapılması

Ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Daimi Genelgesi uyarınca GBP kapsamında ulusal bebeklik ve çocukluk dönemi aşılama takvimine uygun bir şekilde bebek ve çocukların enfeksiyona yakalanmadan önce bağışıklık kazanmaları için aşılarının yapılmış olması gereklidir. Bu programla boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomiyelit, hepatit B, hepatit A, suçiçeği, hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ile streptokokus pnömoniaya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkları kontrol altına almak hatta tamamen ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır (58).

2.7.1.2. Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme

Gebeliğin 32. haftasından başlamak üzere bütün gebe izlemlerinde ve doğumdan itibaren 2 yaşına kadar tüm bebek izlemlerinde beslenme yetersizliği ve neden olduğu hastalıklardan korunma amacıyla Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü'ne (BÇİP) uygun şekilde anne sütü ile beslenme, emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda aileler bilgilendirilmelidir (58).

2.7.1.3. Demir Profilaksisi D Vitamini Profilaksisi

4-12 ay arası çocuklarda demir profilaksisi başlanması, 9 aylıkken hemoglobin (Hb) değerlerinin bakılması ve 12-24 ay yaş aralığındaki çocuklarda palmar solukluk muayenesinin BÇİP'e uygun şekilde yapılması ve gerekli durumlarda demir eksikliği tedavisinin başlanması gerekmektedir.

Ayrıca 1 yaşına kadar tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini takviyesi yapılmalıdır (58).

2.7.1.4. İnmemiş Testis Muayenesi

BÇİP-2008/45 Genelgesi'ne göre 6 ay-1 yaş arası bebek takiplerinde en az bir kez inmemiş testis muayenesi yapılması zorunluluğu mevcuttur (58).

2.7.1.5. Fenilketonüri Taraması

Yenidoğan 3. veya 5. günlerinde FKÜ erken tanısı için taraması yapılması, topuk kanı alınıp alınmadığının sorgulanması ve herhangi bir nedenden dolayı alınmamış ise topuk kanı alınması “Neonatal Tarama Programı Genelgesi (2006/130)” ve “YDTP Genelgesi 2014/7” uyarınca zorunludur (58).

2.7.1.6. Konjenital Hipotiroidi Taraması

Yenidoğan 3. veya 5. günlerinde konjenital hipotiroidinin erken tanısı için tarama yapılması, topuk kanı alınıp alınmadığının sorgulanması ve herhangi bir nedenden dolayı alınmamış ise topuk kanı alınmasının “Neonatal Tarama Programı Genelgesi (2006/130) ve YDTP Genelgesi 2014/7 uyarınca yapılması zorunludur (58).

2.7.1.7. Biotinidaz Eksikliği Taraması

Yenidoğan 3. veya 5. günlerinde biotinidaz eksikliğinin erken tanısı için tarama yapılması, topuk kanı alınıp alınmadığının sorgulanması ve herhangi bir nedenden dolayı alınmadı ise topuk kanı alınması “Neonatal Tarama Programı Genel Yazısı (2012)” ve “YDTP Genelgesi 2014/7” uyarınca zorunludur (58).

2.7.1.8. Gelişimsel Kalça Displazisi

GKD Tarama Programı Genelgesi 2013/4 uyarınca doğumdan sonra ilk 48 saatte aileyi bilgilendirme, 3 ve 4. haftada bebeğin GKD açısından erken tanısı için risk değerlendirmesi ve fizik muayenesinin yapılması ve riskli vakaların uzmana yönlendirilmesinin yapılması zorunludur.

Aile hekimi tarafından 4. izlem olan 41.gün izleminde (30.-55.gün arası) GKD taraması yapılması, risk faktörleri açısından sorgulanması ve fizik muayene yapılması gerekmektedir. Pozitif muayene bulgusu varlığında veya risk faktörlerinden herhangi

birinin olması durumunda ileri tetkik ve muayene için ortopedi kliniğine sevk edilmesi gereklidir.

5. izlem olan 2. ay izleminde (60.-85.gün arası) sevk edilen bebekler için, tarama sonuçları veri girişinden sorumlu personel veya aile hekimi tarafından zorunlu olarak doldurulmalı ve sisteme girilmelidir (58).

2.7.1.9. Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi

“BÇİP Genelgesi -2008/45 -Yönerge 8a ve 8b“ maddesi uyarınca görme keskinliğini tarama amaçlı 15. gün izlemi ve sonraki her izleminde bebeğin görmesinin değerlendirilmesi, taramada sonucu şüpheli bulunan vakaların 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına vakit geçirmeden sevk edilmesi zorunludur. Ayrıca strabismus saptanan bebek veya çocuklar her yaşta göz hastalıkları hekimine sevk edilmelidir (58).

2.7.1.10. Premature Retinopatisi

Aile hekimlerince 32. hafta ve/veya 1500 gr. altı doğan bütün bebeklerin yapılmamışsa prematüre retinopatisi muayenesinin yapılması açısından bir göz hastalıkları uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir (58).

2.7.1.11. Yenidoğan İşitme Taraması

İşitme taraması testinin doğumdan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekli olup “Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi-2014/27” uyarınca 3. izlem olan 3.- 25.günlerde taramanın tamamlanması eğer kayıp varsa 3 ay içinde tanı alması ve bebeğin 6. ay izleminde ise cihazlandırılmasının yapılması zorunluluğu mevcuttur.

Aile hekimlerinin nüfuslarına kayıtlı bebeklerin taramalarını yaptırıp yaptırmadıklarını sorgulamaları, eğer yaptırmadıysa ilgili merkeze yönlendirmeleri ve tanı alma aşamasında veya tanı almış bebek/çocukların takiplerine devamlılıklarını kontrol etmeleri gereklidir (58).

2.7.1.12. Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı

Bebekte süt dişlerinin çıkmasıyla diş hekimi kontrolleri altı aylık periyodlarla ağız diş sağlığının korunması amacıyla yapılmalıdır. Ebeveynlere bebek ve erken çocukluk dönemi ağız ve diş sağlığı bakımı eğitimi verilmelidir (58).

2.7.1.13. Sağlıklı Diyet Danışmanlığı

Sağlıklı diyet konusunda 0-1 yaş arası bebeklik dönemi ve 1-5 yaş arası okul öncesi dönemlerde en az bir kez bilgilendirme yapılmalıdır (58).

2.7.1.14. Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba Motor ve İnce Motor Gelişimin Taranması

“BÇİP ve Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programına (ÇPGD)” uygun olarak 0-6 yaş döneminde bebek ve çocuğun bilişsel ve dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişimi, kaba motor ve ince motor gelişimi ile ilgili izlemlerin yapılması, şüphelenilen durumlarda ailenin bilgilendirilerek ilgili uzmana yönlendirilmesi gerekmektedir (58).

2.7.1.15. Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması

Otizm spektrum bozukluklarının erken tespiti açısından 18-36 aylar arasında bir kez otizm açısından değerlendirilmesi ve şüphelenilen durumlarda ailenin bilgilendirilerek ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi gerekmektedir. Çocuğun aşağıda belirtilen 3 gözlem maddesine göre değerlendirilmesi önerilir:

- İsmi söylendiği zaman bakıyor
- Göz kontağı kuruyor
- Parmakla gösterilen nesneye bakıyor (58).

2.7.1.16. Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması

Çocuk ihmali ve istismarı ile çocuğa kötü muamele olup olmadığı yönünden 0-6 yaş çocuklarda her muayenede sorgulama, gözlem ve muayene yapılması gerekmektedir. Çocuğun vücudunda yaygın morluk, pişik, kesik, yanık ve benzeri

izlerin bulunması ayrıca çocukta ve/veya ailesinde şüpheli tavır ve davranışların tespit edilmesi durumunda gerekli durumlarda ilgili mercilere bildirimde bulunulması gerekmektedir (58).

2.8. Niteliksel Araştırma

Nitel araştırmayı gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel bilgi toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konulmasına yönelik bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlamak mümkündür. Nitel araştırma, sosyal olguları bulundukları çevre içerisinde araştırmayı ve anlamayı ön planda tutan bir teori oluşturmayı temel alan yaklaşımdır. Toplanan bilgilerle daha önce bilinmeyen birtakım sonuçların birbiri ile ilişkisini açıklamak amacıyla modelleme çalışması yapılarak teori oluşturulur. Bu yöntem araştırmacının esnek olmasına, toplanan bilgilere göre araştırma sürecini yeniden şekillendirmesine ve gerek araştırma deseninin oluşmasında gerekse toplanan bilgilerin analizinde tümevarımcı bir yaklaşım izlemesine olanak tanır (92).

Glaser ve Strauss'a göre sürekli bir değişme içinde olan sosyal olguları açıklamada yetersiz kalan 'geleneksel teoriler', gerçekleri hep aynı gözle görür ve evrensellik önemli olduğu için geleneksel teorilerde gerçekler durağan olgular olarak görülür. Oysaki, sosyal olgular için bir evrensellikten söz edilemez çünkü sosyal olgular hiçbir zaman durağan olmadıkları gibi zamana göre değişken olma özelliği de taşırlar. Bu temel özellikler nitel araştırma yöntemlerinde kullanılmaktadır. Gözlem ve görüşme en sık kullanılan nitel araştırma yöntemlerinden olup sosyal olguların göreceliğini ve hareketliliğini anlık bile olsa yakalamaya ve onları anlamaya yöneliktir. Araştırılan konuyu, ilgili kişilerin bakış açılarından görebilmesi ve bu bakış açılarını oluşturan sosyal yapıyı ve süreçleri ortaya koymaya imkân vermesi nitel araştırma yöntemlerinin en önemli avantajlarından (92).

Nitel araştırmalarda verilerin toplanması için kullanılabilecek dört temel yöntem: Derinlemesine görüşme, odak grup görüşmesi, gözlem ve doküman incelemedir. Görüşme, nitel yöntemlerden en sık kullanılanı olup insanların perspektiflerini, tecrübelerini, duygularını ve algılarını ortaya koymada oldukça güçlüdür (93). Görüşmede temel yöntem sözlü iletişimdir ve günlük yaşamda

kullandığımız gibi konuşarak bilgi toplamaya çalışılmaktadır. İlk bakışta kolay bir bilgi toplama yöntemi olarak görülebilen görüşme gerçekte o kadar kolay değildir. Nitel araştırmacılar görüşme yöntemini kullanırken görüşme formu hazırlanması, test edilmesi, görüşmenin ayarlanması ve gerçekleştirilmesi gibi birçok konuda yoğun bir eğitimden geçmelidirler.

İkinci en yaygın bilgi toplama yöntemi olan gözlem ise sosyal olguların gözlenerek anlaşılabilceği varsayımına dayanır ve kendi içinde katılımcı, katılımcı olmayan gibi kategorilere ayrılmaktadır. Görüşmede olduğu gibi gözlemin de bir bilgi toplama yöntemi olarak kullanılması, gerek görüşme öncesi gerekli hazırlıkların yapılması ve gerekse görüşmenin gerçekleştirilmesi konularında yoğun bir eğitimi gerekli kılmaktadır (92).

Örneklemin bazen amaçlı şekilde seçilmiş tek bir kişi bile olabildiği nitel araştırma yöntemlerinin tercih edildiği araştırmalarda genellikle küçük bir örneklem seçilir (94). İstatistiksel temsil edilebilirlikten ziyade çalışmalarda örneklemin daha detaylı ve bütünsel anlaşılmasına yönelik yönelim söz konusudur ve elde edilen sonuçların evrene genellenmesi gibi bir amaç ya da durum söz konusu değildir (95).

Bir başka yöntem olan odak grup görüşmeleri, iyi yönetilebilen bir tartışma grubu içerisinde katılımcıların düşüncelerinin elde edildiği niteliksel veri toplama tekniğidir (96). Odak grup görüşmesi ile toplanan veriler aydınlatıcı olmakla beraber grubun kontrolü, derinlemesine görüşme tekniğine göre daha zor olabilmektedir. Grup görüşmeleri doğası gereği açık uçludur ve grupta olacakları önceden tahmin etmek çoğu zaman çok zordur. Tartışma sonucu, süreç iyi yönetilmezse istenmeyen sonuçlar doğabilecektir. Özel olarak eğitilmiş tecrübeli görüşmecilerle yapılabilmekte, her grup için 6-10 katılımcının bir yerde aynı anda bulunmasını sağlamak ve rahat bir tartışma ortamı yaratmak güç olabilmektedir. Bu yöntem diğerlerine kıyasla daha fazla süreç yönetimi, bilgi ve beceri gerektirmektedir. Yüz yüze yapılacak derinlemesine görüşmelere nispeten grup görüşmelerinde bazı konularda daha derin bilgiye ulaşılması beklenmez. Görüşmeciler arasında güç ve makam farkı varsa, herkes aynı ölçüde konuya katkı sağlayamayacaktır. Bu yöntemde en büyük görev, süreci yöneten araştırmacıya düşmektedir (97).

Araştırmanın, keşfetmeye odaklanan ve yorumsamacı bir temele dayanması araştırmacının insan, sağlık ve sosyal öyküye ilişkin ontolojik ve epistemolojik duruşu sayesinde yürütülmesini sağlamıştır. Tıp alanında nitel araştırmaların, nicel araştırmalara kıyasla daha az tercih edilmesinin çeşitli kavramsal ve işlevsel nedenleri mevcuttur. Tıp alanında nicel araştırmaların nitel araştırmalara göre sayıca üstün olması ve nicel yönetime duyulan güven, araştırmanın öneminin nicel araştırmaya kıyasla belirlenmesini doğurmuştur. Üçüncü basamakta yapılan çalışmalarda nitel araştırmalardan çok nicel araştırma yöntemleri kullanılmakta iken birinci basamakta nitel çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Nitel araştırmaların insani bilimler ve sosyal bilimlerde keşif yapmanın meşru bir yöntemi olduğu, bu meşruiyeti nicel araştırmalara kıyaslama yapmadan elde ettiği Creswell tarafından belirtilmiştir (98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Yakutiye, Aziziye ve Palandöken merkez ilçelerine bağlı ASM’lerde çalışmakta olan aile hekimliği uzmanları ve aile hekimliği yapmakta olan pratisyen hekimler ile Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi’nde çalışmakta olan araştırma görevlileri çalışmadaki hedef kitleyi oluşturmaktadır. Çalışma Mayıs-Eylül 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Niteliği

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma deseni olarak, farkında olunan ancak derinlemesine bir görüşe yeterince sahip olunmayan bir olgunun daha iyi bir şekilde tanınmasına ve anlaşılmasına yardımcı olacak sonuçlar elde edilmesini sağlayan olgu bilim deseni (fenomenoloji) benimsenmiştir.

3.3. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği

Araştırmada, T.C. Sağlık Bakanlığı Erzurum İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan uzman aile hekimi ve aile hekimliği yapmakta olan pratisyen hekimlerden oluşan toplam 12 hekim ile Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi’nde çalışmakta olan 6 araştırma görevlisi yer almaktadır. Hekimler ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Nitel araştırma, nicel araştırmanın bulguları evrene genelleme kaygısı yerine, ‘derinlemesine betimleme’ kaygısı duyar. Bir durumun ya da olayın yeterli ölçüde ayrıntılarıyla çalışılması ve önceden keşfedilmemiş ilişkilerin sınırlı bir çerçeve içerisinde anlaşılması nitel araştırma bakımından daha önemlidir. Bu nedenle nitel araştırma yöntemlerinde öncelikle tercih edilen örnekleme yöntemi amaçlı örneklemedir. Bu teknikte görüşmeciler, araştırmanın kuramsal altyapısı ve amacı ile bağlantılı olarak araştırmacı tarafından belirlenmektedir. Nitel araştırma geleneği içinde ortaya çıkan amaçlı örnekleme yöntemleri zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına olanak vermektedir. Araştırmamızda amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitleme örnekleme kullanılmıştır. Maksimum çeşitliliğe dayalı bir örneklem oluşturmada amaç, genelleme yapmak için bu çeşitliliği

sağlamak değildir. Bunun yerine, çeşitlilik arz eden durumlar arasında herhangi ortak ya da paylaşılan olguların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre problemin farklı boyutlarını ortaya koymaktır. Bu araştırmada hekimlerin alanındaki eğitim düzeyi ve deneyimleri açısından maksimum çeşitlilik sağlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca cinsiyet dengesi gözetilmeye çalışılmıştır. Belirlenen bu kriterler doğrultusunda görüşmecilere, araştırmacının tanıdığı aile hekimleri aracılığıyla ulaşılmıştır. Hekimlerin ünvanları 6 uzman aile hekimi, 6 pratisyen hekim ve 6 araştırma görevlisi olarak dağılmaktadır. Bu sayıyı belirleyen, verilerin doygunluğa ulaştığının araştırmacı tarafından gözlenmesidir. Bu, araştırmacının yeterli zenginlikte verinin oluştuğunu ve verilerin tekrar etmeye başladığını görerek görüşmeleri bırakması anlamına gelmektedir. Etik kaygılarla görüşmecilerin isimleri değiştirilmiş ve çalıştıkları kurumların yalnız nitelikleri belirtilmiş, isimleri gizlenmiştir. Katılımcılar; aile hekimi uzmanları Dr. U1, Dr. U2..., pratisyen hekimler Dr. P1, Dr. P2..., araştırma görevlileri Dr. A1, Dr. A2... şeklinde isimlendirilmiştir. Bulgular aktarılırken istatistiksel olarak %50'nin altı, %50, %50'nin üzeri ve %100'ü belirten ifadeler sırasıyla; *bir kısmı, yarısı, çoğu ve hepsi* olarak belirtilmiştir.

3.4. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez çalışması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/66 Tarih: 04.01.2018) (Ek-1) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan (Sayı: 44827528-604.02 Tarih: 29.06.2018) (Ek-2) izin alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Aşaması

Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Görüşme formunun hazırlanma sürecinde öncelikle ilgili literatür taranmıştır. Araştırmada 0-2 yaş arasındaki bebek ve çocuklara uygulanması gereken PSM ile ilgili ülkemizde şu an mevcut olan Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Rehberi kullanılmıştır (58). Görüşmeler önceden randevu alınarak katılımcıların görev yaptıkları yerlerde mesailerini aksatmayacak şekilde birebir gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi 40-60 dakika arasında değişmiştir.

Görüşme sırasında katılımcıların izniyle ses kaydı alınmıştır. Tüm katılımcılar ses kaydına izin vermişlerdir. Kaydedilen görüşmeler elektronik ortama kelimesi kelimesine aktararak çözümlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Sorular

Aile hekimi uzmanı ve eğitim bilimleri uzmanı olan 4 öğretim üyesinin önderliğinde Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Rehberinde yer alan öneriler dikkate alınarak 20 sorunun yer aldığı taslak form oluşturulmuştur. Uzman grubu tarafından bu doğrultuda soru sayısı 6 ana başlık altında 15'e düşürülmüştür. Bu haliyle yarı yapılandırılmış görüşme formunun, çalışma grubuna girmeyen Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görev yapmakta olan üç araştırma görevlisinin görüşleri alınarak anlaşılabilirliği test edilmiş ve herhangi bir değişikliğe ihtiyaç duyulmadığı görülmüştür. Yarı yapılandırılmış görüşme formu EK-2'de verilmiştir.

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Analiz; kategori oluşturma, kategori ve verilerin sınıflandırılması, kategorilerin adlandırılması gibi aşamalardan oluşmuştur. Bu kapsamda öncelikle görüşme formlarından elde edilen veriler bilgisayar ortamına aynen aktararak ham veriler düzenlenmiştir. Daha sonra bu veriler sorulan sorular ve araştırmanın amaçları doğrultusunda tasarlanıp içerik analizi yapılmıştır. İçerik analiziyle toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak amaçlanmaktadır. Ayrıca sayısal olarak verilmesi gereken veriler de nitel verilerin sayısallaştırılmasında kullanılan tekniklerden olan sayı, yüzde ve standart sapma kullanılarak SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın iç geçerliliği için katılımcılardan doğrudan alıntılar yapılmıştır. Araştırmada inandırıcılığı (iç geçerlik) sağlamak için uzman incelemesi kullanılmıştır. Araştırmanın iç geçerliği için, verilerin anlamlılığına, bulguların kendi içinde tutarlı olup olmadığına bakılmış; güvenilirliği artırmak içinse katılımcıların kendilerini rahat hissetmelerini sağlayacak kadar birlikte zaman geçirilmesine gayret edilmiş, bulgular

kısımında doğrudan alıntılara yer verilmiş, araştırmacılar tarafından ayrı kodlamalar yapılarak karşılaştırılmıştır.

Bu kapsamda araştırmacılar bağımsız olarak deşifre edilen metinler üzerinde ortaya çıkan görüşleri belirlemiş ve birlikte oluşturdukları temalar altında toplamıştır. Meslektaş değerlendirmesi ve bilgi alma nitel araştırmanın inandırıcılığını sağlamada sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Alıntılar, italik biçimde verilerek katılımcıların kod isimleri parantez içinde sunulmuştur. Diğer taraftan araştırmanın aktarılabilişliğini (dış geçerlik) sağlamak için de ayrıntılı betimleme ve amaçlı örneklem kullanılmıştır.

Ardından her bir soruya özgü kodlar oluşturularak frekansları belirlenmiştir. Bu araştırmada, yukarıda tarif edilen analiz sürecini kolaylaştırmak amacıyla MAXQDA18 analiz programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler araştırmacılar tarafından ayrı ayrı kodlanmış, sonrasında karşılaştırılarak ortak sonuca varılmıştır.

4. BULGULAR

Birinci basamakta çalışan hekimlerin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM ile ilgili farkındalıkları, bakış açıları ve mevcut PSM uygulamalarındaki sınırlılıkları anlamaya çalışan bu araştırmanın bulguları, görüşmelerin ses kaydı dökümleri üzerinden yapılan içerik analizi sonucu oluşan temalar sınıflandırılarak anlatılmıştır. Birinci bölümde aile hekimlerine göre PSM'nin tanımı, içeriği ve hekimlerin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'nin işlevine ilişkin görüşleri ele alınacaktır. İkinci bölümde ise hekimlerin mevcut uygulamalarında öne çıkan özellikler ve bu uygulamaları etkileyen etmenler aktarılacaktır. Bu başlık altında eğitime, ailelere, hekimlere ve sisteme ilişkin faktörlerin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarına etkisi değerlendirilecektir.

Bulgular, görüşmecilerin bakış açılarının *birebir* aktarılmasıyla oluşturulmuştur. Görüşmecilerin ifadeleri, mümkün olduğunca bölünmeden ve konunun anlaşılmasını sağlayacak uzunlukta verilerek aktarılmaya çalışılmıştır.

Çalışmamıza katılan görüşmecilerin 6'sı (%33,3) aile hekimliği uzmanı, 6'sı (%33,3) pratisyen aile hekimi, 6'sı (%33,3) ise araştırma görevlisi idi. Görüşmecilerin yaş ortalaması $33,78 \pm 6,41$ idi. Görüşmecilerin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında $8,11 \pm 4,73$ yıl idi. Görüşmecilerin 8'i (%44,4) erkek, 10'u (%55,6) kadın idi. Görüşmecilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Görüşmecilerin Sosyodemografik Bilgileri

Kod Adı*	Unvan	Yaş	Cinsiyet**	Çalışma Süresi (yıl)
Dr. U1	Uzman	37	E	13
Dr. U2	Uzman	45	E	19
Dr. U3	Uzman	27	K	7
Dr. U4	Uzman	32	E	7
Dr. U5	Uzman	32	K	8
Dr. U6	Uzman	29	E	5
Dr. P1	Pratisyen	30	E	4
Dr. P2	Pratisyen	52	E	20
Dr. P3	Pratisyen	35	K	9
Dr. P4	Pratisyen	30	E	5
Dr. P5	Pratisyen	35	K	8
Dr. P6	Pratisyen	33	E	7
Dr. A1	Araştırma Görevlisi	29	K	4
Dr. A2	Araştırma Görevlisi	34	K	7
Dr. A3	Araştırma Görevlisi	40	K	9
Dr. A4	Araştırma Görevlisi	28	K	4
Dr. A5	Araştırma Görevlisi	30	K	4
Dr. A6	Araştırma Görevlisi	30	K	6

*Katılımcıların gizliliğini korumak amacıyla kod adı kullanılmıştır.

** E: Erkek, K: Kadın

4.1. Aile Hekimlerine Göre 0-2 Yaş Periyodik Sağlık Muayenesinin Tanımı ve İşlevi

Bu bölümde 0-2 yaş PSM'nin aile hekimlerine göre ne anlama geldiği, neleri içerdiği ve işlevi hakkındaki görüşleri ele alınacaktır. Çalışma kapsamında görüşülen aile hekimlerinin PSM tanımına ilişkin ifadelerinde öncelikle geniş ve belirsiz tanımlamalar yapmış oldukları görülmüştür. PSM içeriği ve işlevine ilişkin ifadelerin, düzensiz bir şekilde ele alındığı gözlenmiştir. Aile hekimlerinin PSM ile ilgili tanımlamalarının önemli bir kısmının daha çok, aile hekimlerinin zihnindeki *ideal* PSM tanımında kaldığı görülmüştür.

Görüşmecilerin hepsi 0-2 yaş arası uygulanan PSM'nin hasta ve hekim için gerekli olduğunu belirtmiş ve PSM'nin işlevini *koruyucu sağlık* ile

ilişkilendirmişlerdir. Görüşmecilerin ifadelerindeki koruyucu sağlık kavramının, esasında PSM'yi tanımladığı görülmüştür. Hekimlerin PSM'nin tanım, içerik ve işlevine ilişkin ifadelerinin iki tema etrafında şekillendiği gözlenmiştir; bunlar koruyucu sağlık ve maliyet etkinliktir (Tablo 7). Bu iki temanın çoğu zaman birbiriyle ilişkili olduğu, hekimlerin ifadelerinde görülmüştür.

Tablo 7. 0-2 yaş PSM'nin tanım ve işlevine yönelik oluşan temalar

0-2 yaş PSM'nin tanım ve işlevine yönelik oluşan temalar	
Koruyucu sağlık	Toplum sağlığını geliştirmesi Erken tanı ve tedaviye katkıda bulunması Toplumsal bilgilendirme oluşturmaları
Maliyet etkinlik	

4.1.1. Koruyucu Sağlık

'0-2 yaş aslında çok önemli bir yaş. Bir insan yedisinde neyse yetmişinde odur lafını aslında şöyle çevirmek lazım; 'İnsan 0-2 yaşında neyse yetmişinde odur.' Aldığı, yediği, içtiği, duyduğu, gördüğü tüm hayatını etkiliyor gerçekte.' (Dr. U1, 37, uzman)

Aile hekimlerinin PSM'nin işlevine ilişkin en önemli vurgusu koruyucu sağlıktır. Görüşmecilerin çoğu PSM tanımlarında koruyucu sağlığa geniş yer vermiştir. Hatta kimi görüşmeciler, PSM denince yalnız koruyucu sağlığa odaklanmıştır. Görüşmecilere göre koruyucu sağlık aile hekimliğinin temelini ve dolayısıyla da PSM'nin temel amacını oluşturmaktadır.

Aile hekimliğinin bu özelliğinden bahseden Dr. U2, aslında PSM'nin tanımını da bu düşünce üzerinden yapmıştır:

'Bizlerin temel görevi koruyucu sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetindeki temel mantık, kişiler hastalanmadan önce risklerin ön tanımlarını yaparak sağlık maliyetlerini hafifletebilmektir.' (Dr. U2, 45, uzman)

Aile hekimlerine göre koruyucu sağlıkla ilişkili olan PSM'ye gerekli önemin verilmesi kaçınılmazdır. Dr. U4'e göre koruyucu sağlık, tabiri caizse *bir şeyi tamir etmektense bozulmasını önlemektir*. Dr. U4 gayet önemli bulduğu bu konuyu şöyle örneklendirmiştir:

‘Bir tren rayı düşünelim. İşçinin bu rayı iyi döşemediği durumu, bir de iyi döşediği ve bakımlarının tam yapıldığı durumu düşünelim. Bir tanesinde on yılda bir kaza olur. Diğerinde ise neredeyse her yıl kaza olur. Burada marifet rayı döşemek midir? Yoksa kaza olduktan sonra kazaya çok iyi müdahale etmek midir? Biz genelde kaza olduktan sonrasına odaklanmışız. Bu çok az kişinin hayatını kurtarır. Ama biz o rayların bakımını düzenli yaparsak, her yıl yüzlerce insanın ölmesini ve bu kazalara bağlı sekelleri ve masraflarını önlemiş oluruz. ‘ (Dr. U4, 32, uzman)

Görüldüğü üzere aile hekimliğinin esas görevinin özellikle koruyucu sağlık olduğu hekimler tarafından defalarca belirtilmiş ve hekimin bu rolünün unutulmaması gerektiğinin altı çizilmiştir. Dr. U1 koruyucu sağlık hizmetlerine bakış açısının hala eski sağlık ocağı sisteminden kalma olduğunu ve değişmesi gerektiğini şöyle belirtmiştir:

‘Genellikle aile hekiminin görevi sağlık ocağından kalma alışkanlık olarak, sanki birinci basamak sağlık hizmeti (poliklinik vs.) vermektir. Değil aslında. (Aile hekiminin) Görevi koruyucu sağlık hizmetleri vermektir. Hala insanlar birinci basamak hizmet almak için geliyor. Grip, nezle, reçete, rapor için geliyor. Aile hekimleri, benim görevim gelen hastaları muayene etmek, ilaçları bitmişse yazmak, rapor ihtiyacı varsa rapor vermek vs. diye düşünüyor. Aile hekimi de böyle düşündüğü için koruyucu sağlık hizmeti vermeye gönüllü olarak yanaşmıyorlar. Bu İş bitmedi ki öbürüne sıra gelsin diyorlar. Ama asıl sizin göreviniz o değil. Asıl göreviniz koruyucu sağlık hizmeti ve bu birinci sırada. ‘ (Dr. U1, 37, uzman)

Aile hekiminin PSM ile bir kişiyi bile olası kötü sonuçlardan kurtarması, koruyucu sağlıktaki rolünün gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Bu gereklilik Dr. P1 tarafından şöyle belirtilmiştir:

‘İlk önce bu işi yapıyoruz. Sadece ilaç yazmak için burada değiliz. Birinci basamakta toplumun sağlığını korumak adına buradayız. Bir çocuğun görme taramasında görme kaybını engelleyebiliyorsak, bir hastayı bile kurtarabiliyorsak bence çok gerekli. Asli işimizin olduğunu düşünüyorum ben. ‘ (Dr. P1, 30, pratisyen)

Genel olarak bakıldığında, görüşülen aile hekimlerinin çoğunun PSM’yi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin *temel amacı* olarak değerlendirdiği görülmüştür. PSM’nin birinci basamaktaki önemini gösteren bu ifade aynı zamanda, sadece tanı ve tedavi üzerine yoğunlaşan tıp anlayışının terkedilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dr. P3, bu çıkarımı doğrulayacak şu ifadeleri kullanmıştır:

‘Biz daha çok tıp fakültesinde hastalıkları tedavi etme üzerine bir eğitim almaktayız. Tanı koyma, tedavi etme üzerine bir eğitim alıyoruz. Olmayanı, ortaya

çıkımayı daha önceden tespit etmek için bir anlayış oluşması ile ilgili bir eğitimi almıyoruz ne yazık ki... (Dr. P3, 35, pratisyen)

Dr. P3 mevcut eğitim sisteminin *olmayanı, ortaya çıkmayı önceden tespit etmek* üzerine yoğunlaşmadığını bunun da aslında aile hekimliğinin temelleriyle uyuşmadığını belirtmiştir. Böylece koruyucu sağlığın, sadece tanı ve tedavi üzerine yoğunlaşan hekimlik anlayışından daha ön planda olması gerektiği anlaşılmaktadır.

Dr. P2, bunun da ötesinde kendi uygulamalarına dışarıdan bir gözle eleştiri getirmiş ve birinci basamakta eksik olan *mesleki bakış açısını* sorgulamıştır:

'Bu konuda bizim asıl sıkıntımız mesleki bakış açısı. Bir takım hekim arkadaşlarımızın bu konuda kendilerini buna inandırabilmeleri zaman alabiliyor. Daha doğrusu halkımızdan gelen tepkilere yeterli derecede açıklayıcı bilgiler vermek konusunda kendilerini hazırlamıyorlar. Güncellemiyorlar. Böyle olunca da gerek hekimden gerek personelden tatminkâr bir cevap alamayınca kafalardaki soru işaretleri büyüyor ve çok daha farklı yanlış bilgi verebilecek mecralara kayıyorlar. Bu da son derece gerekli olan hizmetlerinin aksamasına neden oluyor. Ben bunların uygulanmasından ziyade bunların topluma doğru bir şekilde aktarılması için, hekimlerimizin daha bilinçlendirilmesi, gerekirse varsa kendi kafalarında soru işaretleri öncelikle bunların yok edilmesini istiyorum.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Böylece 0-2 yaş PSM uygulamalarının hekimlerin hepsi tarafından olmazsa olmaz nitelikte bulunduğu, daha çok tanı-tedavinin odak noktasında olduğu bir sağlık hizmetinin yerine koruyucu hizmetlerinin ön planda olduğu bir sağlık hizmet modelinin benimsendiği görülmüştür.

Görüşmecilerin çoğunun, tarama ve bağışıklık konusu üzerinden çağrışımlarla PSM'yi ifade ettikleri görülmüştür. PSM konu başlığı içinde yer alan danışmanlık ve hasta eğitimi konu başlıklarına sadece birkaç görüşmeci değinmiştir.

0-2 yaş PSM'de danışmanlık verilmesinin önemine değinen Dr. U1, ailenin bu danışmanlıkla çocuğun ilerideki hayatına etki edebilecek davranışları geliştireceğini ve bunun toplum sağlığına olan faydasını şöyle ifade etmiştir:

'0-2 yaşında (çocuğun) aldığı anne sütü çok önemli. Bizim en önemli danışmanlık verdiğimiz hususlardan birisi. Anne sütünü bazen anneler bırakmak istiyorlar. Gece kalkıp uykusunu bölüp emzirmek ve uğraşmak istemiyor çünkü. Sizin bunu oturup ikna etmeniz lazım. 'Anne sütü bebeğinizi zekasını etkiliyor. Enfeksiyonlarına karşı, bağışıklık sistemi açısından etkileri var. Otitis media anne sütü alanlarda daha düşük oluyor.' dersiniz ne olacak? Siz bunlara eğitim verirsiniz,

her geldiğinde ne kadar anlatırsanız, hasta ona daha fazla ihtimam gösterecek. Daha çok sağlıklı toplum oluşacak. Bunun ileride çok ciddi faydası olacak.' (Dr. U1, 37, uzman)

Görüşmeciler, PSM'yi birinci basamağın temel bileşeni olarak tanımlamış ve toplum açısından birçok işlevi olabileceğinden söz etmiştir. Koruyucu sağlık teması altında aile hekimlerince en önemli bulunan ve defalarca sözü edilen husus *toplumun sağlığına katkısı* olmuştur. PSM'deki amacın toplumun sağlığının geliştirilmesi olduğu çoğu katılımcı tarafından vurgulanmıştır. Dr. U1, bireyi tedavi etmeye çalışmaktan ziyade, toplumun sağlığının devamlılığını sağlamanın gerektiğini şöyle ifade etmiştir:

'Bizim asıl görevlerimizden biri sağlıklı durumun devamı, sağlıklı iyi halin devamını sağlamak. Sağlıklı halin devamı önemli. Hasta olduktan sonra iyileştirmeye çalışmak değil. Bunun da (PSM ile) kısa dönemde ve uzun dönemde çok faydası olur. Hem topluma, hem ülkeye, hem bireye; çoluk çocuğuna, ailesine mahallesine, komşusuna... Binada bile sıkıntılı hasta varsa sadece bireyi değil herkesi etkiler.' (Dr. U1, 37, uzman)

Dr. U3'e göre PSM, toplum sağlığı ile ilgili birçok alanda adeta domino etkisi yaratır. Sadece çocukluk dönemiyle sınırlı kalmadan, erişkinliğe hatta yaşlılığa dek etki eder. Uzun dönemde kişinin hayatına etkisi neredeyse kaçınılmazdır. Dr. U3 PSM'nin kişinin hayatına *dokunmasını* şöyle anlatmıştır:

'Bir çocuk izleme geldiğinde biz görme muayenesi yapıyoruz. Aslında bütün bunlar o çocuğun okul başarısını etkileyen şeyler. Dolayısıyla göz bozukluğu, sonra okul başarısı vesaire etkilenmiş oluyor. (Eğer bunları yapmazsak) Başarısız bir nesil ya da dışlanmış bir nesil olmuş oluyor. Ya da testis muayenesi yapılmamış, sonradan infertil kalmış erkekler dışlanmış kişiler oluyor. Biz bunları erken yaşta teşhis edip duruma müdahale edersek bunlardan kurtulmuş oluyoruz. Ne oldu? Eğitim hayatını etkilemiş oldum. Ben bu çocuğun psikolojisini etkilemiş oldum. Dokundum yani. Düzeltmiş oldum.' (Dr. U3, 27, uzman)

Dr. U3 aile hekimliğinin temel özelliklerinden biri olan sürekli bakım ilkesinin toplumun sağlığını sürdürmeye katkısını vurgulamıştır. Bu özelliğin diğer uzmanlık alanlarından ziyade aile hekimliğiyle gerçekleşebileceğini şöyle ifade etmiştir:

'Aile hekimliği uygulaması için en uygun olan şey PSM'dir. Çünkü dahiliye uzmanı, kadın doğum uzmanı, genel cerrah hastayı bir kez, en fazla iki kez görüyor. Aile hekimi olduğumuz için, sürekli bakım ilkesinin bir gereği olarak hastayı sürekli görüyoruz. Dolayısıyla PSM'yi yapabilirlik ihtimali en çok bizde. En düzgün biz

yapabiliriz. Neden? Hasta hem bize sık sık geldiği hem de bizi yakın gördüğü için.'
(Dr. U3, 27, uzman)

Görüşmeciler, 0-2 yaş arası uygulanan PSM'nin erken tanı ve tedaviye katkısına ilişkin çeşitli işlevlerinden söz etmişlerdir. Bunlardan ilki, *erken tanıyla* olabilecek çoğu problemin önüne geçilebilmesidir. Hekimler 0-2 yaş aralığında ufak bir tanı testinin ve fizik muayenenin yararının olduğunu vurgulamışlardır. Dr. U6'nın bu konudaki ifadeleri 0-2 yaş arası uygulanan PSM'nin erken tanıda nasıl bir rol oynadığını göstermiştir:

'Çünkü toplumda sık görülen hastalıkları basit bir muayene ile, kolaylıkla yakalayıp gerek olabilecek sıkıntıları önleme, gerekse erken tedbir almak ve erken tedavi açısından çok önemli. Mesela, hasta testis muayenesini bilmez. Aşı için geldiğinde, inmemiş testisi yakalarsın. Kısırlıktan kurtulmasını sağlarsın. Onun dışında kalça muayenesi için risk faktörü varsa, erkenden yakalayıp ileride çok büyük ameliyatlara olmasını önüne geçersin. Basit iki, üç muayene ile yönlendirip basit alçı veya pavylik bandaj ile çok ağır ameliyatın önüne geçmiş oluruz. Bu açıdan hasta için çok çok kıymetli.' (Dr. U6, 29, uzman)

Odak grup görüşmeleri sırasında Dr. A2 erken tanının önemini şöyle vurgulamıştır:

'Annenin fark edemediği detayları PSM ile fark edebiliriz. Mesela çocukta psikososyal gelişim geriliği vardır. Anne fark etmez ama hekim bunu fark eder, tespit eder, değerlendirmesini yapar. Erken tanı için de önemlidir.' (Dr. A6, 30, araştırma görevlisi)

PSM toplumsal sağlığı geliştirmenin yanında, yapılan uygulamalarla toplumsal bir bilinçlenme de oluşturacaktır. Dr. P2 toplumsal bilinçlenmenin sağlığın geliştirilmesinde önemli payı olduğunu ve bunun sağlanmasında baş aktörlerden birinin ise şüphesiz hekimler olduğunu belirtmiştir:

'Her hekimden koro gibi aynı şeyi toplum duyarsa o kadar etkili olur ki. Tüm hekimlerden aynı şeyi duymak hastada çok büyük etki yaratıyor.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Toplumsal bilinçlenmenin oluşması toplumun sağlığının sürdürülebilmesi için şüphesiz başat bir rol oynamaktadır. Dr. U2 bu bilinçlenmenin sağlanamaması durumunda, uzun vadeli etkilerinin göz ardı edilmemesi gerektiğine şöyle dikkat çekmiştir:

'Biz şimdiden yeni nesilleri eğitir, bunlarda aktif olarak hastalıklarının farkındalığını oluşturur, bilgi ve eğitimlerini bu yöne kanalize edersek aslında toplumumuzun sağlıklılığını kurtarmış olacağız.' (Dr. U2, 45, uzman)

Hasta ile olan yakın ilişkisi bakımından eşsiz bir yere sahip olan aile hekimi bu bilgilendirmeye aslında toplum sağlığını korumuş olacaktır. Dr. U3 tam da bu yüzden PSM uygulamalarında hekimin hastayı mutlaka görmesi gerektiğini şöyle ifade etmiştir:

'Mesela demir kullanan aileler gaitayı siyaha boyadığı için korkup bırakıyorlar. İşte PSM'de hastayı doktorunun görmesi bunun için çok önemli. Aile korkularını aile hekimiyle paylaşacak. Paylaşınca da ilacı yarıda kesme gibi bir durumları olmayacak. Bilgilendirince aile rahatlıyor ve böylece profilaksiye normal olarak devam ediyorlar.' (Dr. U3, 27, uzman)

PSM'nin, hasta-hekim iletişimini güçlendirerek mesleki tatmin sağlayacağı da bir kısım görüşmecilerce belirtilmiştir. PSM'nin hekime hissettirdiklerine bakıldığında, hastalığın daha ortaya çıkmadan kişiyi birçok olumsuz durumdan kurtarabilmesinin *mesleki tatmin duygusu* oluşturduğu görülmüştür. Dr. U4 bunun hem hasta, hem hekim, hem de devlet için adeta *kazan kazan* durumu olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

'(PSM) Memnuniyet için gerekli. Hasta ve hekim memnuniyeti açısından gerekli. Hekim de yaptığı işin işe yaradığına inanır. Kazan kazan mantığı. Hem hekim kazanır hem hasta kazanır hem de devlet kazanır.' (Dr. U4, 32, uzman)

Dr. U4 PSM ile, hasta-hekim arasındaki güven duygusunun artacağı ve bununla beraber sağlık hizmetlerinde kaliteli bir süreç yaşanacağını ifade etmiş ve böylelikle sağlık kalitesinin yükseltileceğini dile getirmiştir:

Dr. P4, ailenin bilinçli olması durumunda hekimin de mesleki tatmininin arttığını şöyle ifade etmiştir:

'Ailelerin çocuklarını düşünmesi iyi bir duygu oluşturuyor. Bunlar hem hekimin hem çocuğun işini kolaylaştırıyor. Hem de böyle aileleri gördüğümüzde daha fazla anlatma isteği doğuyor. İsteyen biri olduğu için ve önemseydiği için hekim daha fazla anlatmak ve konuşmak istiyor.' (Dr. P4, 30, pratisyen)

Görüşmeciler koruyucu sağlık teması altında PSM'nin toplumun sağlığını arttırdığını, erken tanı ve tedaviye katkıda bulunduğunu ve toplumsal bilinçlenmede

rol aldığını belirtmişlerdir. Görüşmeciler PSM'nin olumlu sonuçlarının, hekim için *mesleki tatminden, günün iyi geçmesine; hasta içinse, hekime güven duyma ve hastalıkla mücadelede güç kazanmaya* kadar geniş bir alanda görülebileceğini ifade etmişlerdir.

4.1.2. Maliyet Etkinlik

'Toplumsal bilgilendirmeyi eğer sağlarsak yine en başta söylediğimiz noktaya gelicez; maliyet, ekonomi. Başka bir deyişle para para para...' (Dr. U2, 45, uzman)

PSM'nin işlevine ilişkin olarak ortaya çıkan bir diğer tema ise maliyet etkinliktir. Maliyet etkinlik, PSM uygulamalarında hekimlerin koruyucu sağlıkla beraber en çok vurguladıkları konu olmuştur. Görüşmeciler PSM'nin maliyet etkinliğinin oldukça yüksek olduğunu düşünmekte ve asıl ortaya çıkış amacının da bu olduğunu belirtmişlerdir. Görüşmeciler oldukça önemli buldukları maliyet etkinliği, topluma kısa ve uzun vadede sağladığı yarar nedeniyle gerekli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Görüşmecilerin hepsi, maliyet etkinliğin sağlık masraflarının azaltılmasında ve sağlık hizmetlerinin topluma etkin bir biçimde sunulmasında başrol oynadığını belirtmişlerdir. Örneğin Dr. U2 maliyet etkinliği şöyle tanımlamıştır:

'PSM'nin temel amacı hükümetlerimiz için ekonomidir. Sağlıkta minimum masrafla en çok faydayı sağlayabilmek...' (Dr. U2, 45, uzman)

Dolayısıyla Dr. U2'ye göre PSM uygulamalarının ortaya çıkması bu anlayış çerçevesinde olmuştur. PSM uygulamaları aradan geçen onca zamandan sonra ilk çıkış amacı olan *maliyet etkinliklerini* arttırarak sürdürmüşlerdir. Dr. P3 günümüzde uygulanan veya uygulanması planlanan PSM uygulamalarının bu doğrultuda oluştuğunu şöyle açıklamıştır:

'Maliyetleri düşürme anlamında kesinlikle faydası olacaktır. Zaten tarama testleri maliyet etkin testler olarak planlanmaktadır. Örneğin; doğuştan kalça çıkıklığı için yapılan bir tarama en fazla ultrason ve muayene ile tespit edilebiliyorken bu hastalığın tespit edilmesi ile ileride çıkacak bir sürü ameliyatı, hastane şartlarında tedavileri önleyecektir.' (Dr. P3, 35, pratisyen)

Aile hekimliğinin ilk temas noktası olması bakımından bu aşamada iyi yönlendirilmiş, maliyet etkin sağlık politikalarının toplumun sağlığına katkısı çok

önemlidir. Dr. P2 bu aşamada aile hekimliğinin kapı tutucu: *gate keeper* özelliği ile iyi yapılandırılmış PSM uygulamalarının, maliyet etkin şekilde nasıl sonuçları olacağını şöyle belirtmiştir:

‘Birinci basamak hekimi olarak ilk temas noktası biz olduğumuz için, hastalıklar ortaya çıkmadan, bilimsel olarak güncel, geçerli, iyi yapılandırılmış, ülkemizin sosyokültürel yapısına uygun, gelişmişlik düzeyine uygun, geleneklerine, alışkanlıklarına uygun şekilde yapılandırılmış PSM’leri zamanında yaparsak, hastalıkları önceden tespit edip çok daha başarılı bir şekilde, çok daha maliyet etkin bir şekilde, daha az bir külfetle yapabileceğimizi görmekteyiz.’ (Dr. P2, 52, pratisyen)

Esas amacı maliyet etkinlik olan PSM uygulamalarının kısa vadede hekime ve topluma yük gibi görünebileceği, hatta kimisine göre angarya olarak gelebileceğini söyleyen Dr. U6, bu uygulamaların ancak uzun vadede etkili olabileceğini ve bunun aslında çok kârlı bir iş olduğunu ifade etmiştir:

‘Kısa vadede maliyeti arttırıyormuş gibi görünür. Birçok hekim görevlendirilecek, sürekli teşvik edilecek, ailelerin yol masrafı belki artacak. Kimilerine angarya gelecek. Kısa vadede hemen sonuç alınmayacak. Ama uzun vadede çok çok kârlı bir iş.’ (Dr. U6, 29, uzman)

Hastalıkların topluma maliyet olarak yük getirmesinin yanında toplumu sosyal, psikolojik yönden derinden etkileyecek sonuçlarının olduğu Dr. U1 tarafından belirtilmiştir. Bu etkinin sadece bireyi değil zincirleme şekilde toplumu nasıl etkilediğini şöyle ifade etmiştir:

‘Topuk kanında konjenital hipotiroidiye erken tanı koyarsanız çocuk mental retarde olmaktan kurtuluyor. Çünkü iki, üç yaşına kadar tedavi vermediğinizde mental retarde oluyor. O çocuk iptal. İşgücü olarak İptal. O çocuktan herhangi bir eğitim, çalışma, ekonomik getiri bekleyemezsin. Keşke o kadar olsa. Annesine ve kardeşine yük. Psikolojik olarak aileye, komşulara, ülkeye yük. O çocuk okumasa, iş güç sahibi olmasa tam tersi ekonomik bir götürüye sebep oluyor. Çok ciddi maliyet olmuş olacak. Erkenden, topuk kanıyla tanırsanız üç-beş liralık ilacı verdiğiniz çocuk kurtulacaktı.’ (Dr. U1, 37, uzman)

Özetle, PSM uygulamalarının maliyet etkin oluşu hekimlerin hepsi tarafından tereddütsüz kabul edilmiş ve çeşitli örneklerle açıklanmıştır. Maliyet etkinliğin PSM’nin çıkış amacı olduğu ve bundan dolayı toplumun sağlığının devamlılığına etkisinin çok fazla olduğu belirtilmiştir.

Bu bölümde, araştırma kapsamında görüşülen aile hekimlerinin PSM'nin tanımı, içeriği ve işlevlerine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Okuyucunun tekrardan dikkatine sunulan önemli konular, hekimlerin PSM tanımlarının geniş olmakla birlikte yapılandırılmamış olduğudur.

Buraya kadar aktarıldığı gibi, aile hekimleri PSM'nin işlevini koruyucu sağlık teması altında; *toplum sağlığını geliştirmesi, erken tanı ve tedaviye katkıda bulunması, toplumsal bilgilendirme oluşturmaları ve maliyet etkinlik* olarak ifade etmişlerdir. Görüşmecilerin çoğunun PSM'nin hasta ve hekim için gerekli olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Görüşmecilerin PSM'nin tanımı ve içeriği hakkındaki değerlendirmelerine bakıldığında ise, danışmanlık ve hasta eğitimine dair *pek az ifadenin bulunduğu* görülmüştür. Buna karşılık hekimler, PSM'yi tanımlarken daha çok bağışıklama ve taramadan bahsetmişlerdir. PSM'nin işlevi; aile hekimlerinin koruyucu sağlık kavramının çağrıştırdığı her şeyi kapsamaktadır. Maliyet etkinliğin önemi ise tüm hekimlerce belirtilmiştir.

4.2. Aile Hekimliğinde 0-2 Yaş Arası Uygulanması Gereken Periyodik Sağlık Muayenesi Uygulamalarını Etkileyen Etmenler ve Çözüm Önerileri

Birinci bölümde aile hekimlerinin PSM'nin tanımı, içeriği ve işlevine ilişkin görüş ve deneyimleri aktarılmıştır. Görüşmecilerin ifadelerine bakılarak 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarında bazen sınırlılıklar olduğu görülmüştür. Son bölümde bu sınırlılığın nedenleri, görüşmecilerin ifadeleri ışığında ele alınacak ve araştırma kapsamında görüşülen aile hekimlerinin *0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarında öne çıkan özellikler, uygulamaları etkileyen etmenler ve buna yönelik çözüm önerileri* aktarılacaktır.

0-2 yaş arası uygulanan PSM'de öncelikle dikkati çeken, hekimlerin bahsettikleri PSM içeriğinin uygulamalarda zaman zaman kendine yer bulamamasıdır. Bu bölümde görüşmecilerin dört tema üzerinde yoğunlaştıkları görülmüştür. Bunlar *eğitime, ailelere, hekimlere ve sisteme ait faktörlerdir* (Tablo 8).

Tablo 8. Aile Hekimlerinin Mevcut 0-2 yaş PSM Uygulamalarını Etkileyen Etmenler İle İlgili Oluşan Temalar

Aile hekimlerinin mevcut 0-2 yaş PSM uygulamalarını etkileyen etmenler ile ilgili oluşan temalar	
Eğitime ilişkin faktörler	Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde PSM'nin yeri Uzmanlık eğitiminde PSM'nin yeri Hizmet içi eğitimde PSM'nin yeri
Ailelere ilişkin faktörler	Ailelerin farkındalığının uygulamalara etkisi Ailelerin sosyoekonomik durumunun uygulamalara etkisi
Hekimlere ilişkin faktörler	Performans odaklı yaklaşım Rehberlere ulaşım ve rehber kullanımı
Sisteme ilişkin faktörler	Aile hekimi başına düşen nüfus sayısı Performans sistemi Ailenin uygulamalara katılımının sağlanamaması Toplumsal farkındalık eksikliği

4.2.1. Eğitime İlişkin Faktörler

Bu bölümde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, uzmanlık eğitiminde ve hizmet içi eğitimde PSM'nin yeri ve uygulamalara etkisi ayrı ayrı değerlendirilecektir.

4.2.1.1. Mezuniyet Öncesi Tıp eğitiminde Periyodik Sağlık Muayenesi

Görüşmecilere mezuniyet öncesi tıp eğitiminde 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'ye ilişkin teorik veya uygulamalı bir eğitim alıp almadıkları sorulduğunda görüşmecilerin çoğu başlı başına 0-2 yaş PSM'nin anlatıldığı bir ders almadıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin, 0-2 yaş PSM'ye ilişkin bağışıklama ve tarama ile ilgili konuların geçtiği bazı teorik dersler aldıkları görülmüştür.

Tıp fakültesinde 0-2 yaş PSM ile ilgili başlı başına bir eğitim almadığını ifade eden hekimlerden biri olan Dr. P1, kısıtlı halde verilen eğitim olmasına rağmen bununla ilgili bir farkındalığın oluşturulmadığına eleştiri getirmiştir:

'Mezuniyet öncesi çok yetersiz bir eğitim aldım. Bence çok yetersizdi. Aile hekimliği stajında bir doktorun yanına gitmiştik. Bir hafta. Biz de bu konu hakkında çok bilinçli değildik.' (Dr. P1, 30, pratisyen)

Görüşmecilerin bir kısmı tıp eğitimleri sırasında PSM'yi ayrı bir ders olarak almadıklarını deyim yerindeyse *bir yerlerde* gördüklerini ifade etmişlerdir. Dr. P4 bu konuyu şöyle anlatmıştır:

'Direk PSM şeklinde bir eğitim almadım mezuniyet öncesi. Ama bu periyodik muayenelerinin bir kısmının mesela bağışıklık gibi farklı stajların içinde gördük. Tabii toplu bir şekilde 'PSM nedir? Nasıl yapılmalıdır? Kime yapılmalıdır?' şeklinde, bir konu başlığı altında eğitim almadım.' (Dr. P4, 30, pratisyen)

Toplum sağlığı açısından çok önemli olan bu konunun eğitimden ziyade bir kültür olarak aşılması ve bunun da tıp eğitiminden başlanarak yerleştirilmesi gerektiğinden Dr. U1 şöyle bahsetmiştir:

'Bazı şeyler mezuniyet öncesi kazanılır. Daha sonra alınan eğitim hiç yokmuş gibi varsayılıyor. Mezuniyet öncesi ilk altı yılda bunların gereksizliğinden şikâyet etsek de aslında ufhumuzu genişletiyor. (Ufkumuzun) Daha geniş olması için böyle bir şeyin varlığından haberdar olmamız lazım.' (Dr. U1, 37, uzman)

Koruyucu sağlıkla ilgili konulara yeterince önem verilmemesinin bir nedeninin de tıp eğitiminde daha çok tanı ve tedavi koyma süreçlerinin önemsenmesi ve oluşan hastalığın tedavisine odaklanması olduğunu düşünen Dr. P3 şöyle demiştir:

'Çünkü biz daha çok tıp fakültesinde hastalıkları tedavi etme üzerine bir eğitim almaktayız. Tanı koyma tedavi etme üzerine bir eğitim alıyoruz. Olmayanı, ortaya çıkmayanı daha önceden tespit etmek için böyle bir anlayış oluşması ile ilgili bir eğitimi almıyoruz ne yazık ki. Bence bu açıdan bir bakış açısı kazandırmak açısından tüm hekimlerin genel tababet adına bunu bilmesi gerekir.' (Dr. P3, 35, pratisyen)

Görüşmecilerin bir kısmı bu eğitimleri birinci basamakta çalışacak olan hekimlerin yanısıra birinci basamak dışında çalışacak olan tüm hekimlerin asgari düzeyde bile olsa bilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Hekimin hastayı deyim yerindeyse sadece bir *organ* üzerinden değerlendirmeden bütüncül bakabilmesinin toplum sağlığı üzerine katkısının yadsınamaz derecede olacağı vurgulanmıştır. Aile

hekimî uzmanlığı, uzmanlaşmanın karşısına tam da burada bir uzmanlık dalı olarak çıkar ve aslında bu bir paradokstur. Hangi alanda olursa olsun, tüm hekimlerin genel tababet adına özellikle de toplumun sağlığını ilgilendiren bir durumla ilgili bilgi ve becerisinin olması gerektiğini Dr. U6 şu sözlerle belirtmiştir:

'Bence tıp fakültesinde çok detaylı olmasa da böyle bir eğitimin verilmesi gerekiyor. Her doktor aslında bir pratisyendir. Mesela bir kadın doğumcunun, sadece doğum yaptırıyorum diğer şeyleri bilmem deme lüksü yok. En azından eşine, dostuna, çevresine karşı yok. Veya biri danıştığında ben bilmiyorum gibi bir şey olmamalı. Hatta yanlış yönlendirme olmamalı.' (Dr. U6, 29, uzman)

Dr. U3 aynı konuya değinerek PSM'nin tüm hekimlerce bilinmesi gerekliliğinden bahsetmiştir:

'Bir hekim olarak sana soru sordukları zaman bilmediğin için sen yönlendiremiyorsun. O dönemde ne bakılması gerektiğini; görme muayenesi yapılması gerektiğini, iştme taramasını yapılması gerektiğini bilmiyorsun. Bir hekim olarak bunu bilmen gerekiyor. Komşumuz, akrabamız, eşimiz arayıp bize danışabiliyorlar. Bunlarla ilgili bilgi vermemiz gerekiyor. Dolayısıyla mezuniyet öncesi ufak da olsa bir eğitim kesinlikle gerekli. Çok teferruatlı olmasa da en azından PSM'yi özetleyecek, en azından bir aylık bir çocuğa ne yapmalıyım, iki aylık bir çocuğa ne yapmam gerekir, nereye yönlendirmeliyim gibi bir eğitim olabilir. Pratik şablonlar olmalı kesinlikle. Onları bilmeliler. Adam doktor ama yönlendirmiyor. Çünkü bilmiyor, haberi yok.' (Dr. U3, 27, uzman)

Bu konuda mezuniyet öncesi nasıl bir eğitimin olması ile ilgili Dr. P4 şöyle bir öneride bulunmuştur:

'Eğitim kesinlikle olmalıdır. Hatta özellikle son yıllara doğru. Çünkü İlk seneler insanlar bunun farkında olmayabilir. Bu dönemde klinisyenlik tam oturmadığı için ilerleyen yıllarda hekimlik hayatına başlamadan önce PSM eğitiminin verilmesinin faydalı olacağını düşünüyorum. Hatta en güzeli ilk üç yıl içinde bu konuya değinilmesi, özellikle internlik döneminde tekrar bu konu üzerinde ciddi manada durulması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü ilk üç yıl PSM'de yönlendirme açısından bir bilinç oluşturulabilir. Kendi ailesinde, kendi çevresinde. Son yıllarda da bunun pekiştirilmesi ile hekimlik hayatlarında çok güzel bir pencere açabileceğini düşünüyorum. Tıp fakültesi bilgilerinin tam oturduğu bir dönemde bütün stajları görmüş, bütün bilgiler oturmuş bir şekilde daha güzel yoğurabileceğini ve faydalı olabileceğini düşünüyorum.' (Dr. P4, 30, pratisyen)

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde PSM'nin yeri ve uygulamalara etkisi özetlenecek olursa, fakültede 0-2 yaş uygulanması gereken PSM ile ilgili yapılandırılmış bir eğitimi almadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Görüşmecilerin

ifadelerinin düşük düzeyde dahi olsa yapılandırılmamış olması, bu konuya özgü bir eğitim verilmemiş olmasıyla açıklanabilir.

Tıp fakültesinde PSM eğitimine ilişkin bir başka önemli nokta da, PSM'ye dair derslerin tanı koymak, tanının nedenini bulmak hedefiyle anlatılmış olmasıdır. Böylece, PSM'nin koruyucu hekimlikle ilişkilendirilmemesi uygulamalarda etkisini göstermektedir.

4.2.1.2. Uzmanlık eğitiminde Periyodik Sağlık Muayenesi

Aile hekimi uzmanlarının çoğu uzmanlık eğitiminde, 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM ile ilgili yapılandırılmış teorik veya bir pratik eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Çoğu görüşmeci kendi çabalarıyla ya da tabiri caizse *denk geldiklerinde* eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Dr. U6 kendi çabalarıyla PSM uygulamalarını öğrendiğini, uzmanlık eğitimi sırasında ise birkaç eğitime *denk geldiğini* şöyle anlatmıştır:

'Asistanlığında bir öğle arası doğumsal kalça çıkığı ile ilgili bir eğitim almıştım. Bağışıklama? Tıp fakültesinde ne öğrendiysem o. Asistanlığında bir şey öğrenmedim. Açıkçası asistanlığında denk gelirse bir şeyler öğrendim. Herkese verilen bir eğitim yoktu. Eğitime denk geldiysem bir şeyler öğrendim. PSM nedir? Nasıl yapılır? Bununla ilgili bir eğitim almadım. Hatta ben bunların önemini uzman olduktan sonra, atanacağım zaman anladım. Bir rehberin olduğunu öğrendim. Oradan neleri yapmam gerektiğini kendi çabamla öğrendim. Bu eğitimin mutlaka verilmesi gerekiyor. Bilmezsen yapamazsın, yapamazsan sonuç alamazsın.' (Dr. U6, 29, uzman)

Dr. U5 uzmanlık eğitiminin eksik olduğunu, bunun olası nedenlerini ve bu konuda nasıl bir eğitimin olması gerektiğini şöyle belirtmiştir:

'Uzmanlık eğitimi sırasında direkt böyle bir eğitim almadım. Kendi çabalarım ile, nelere ihtiyacım olacağını kestirip rehberlerden, textbooklardan kendim okuyup öğrendim. Ben eğitim ASM (e-ASM) açıldığı için bu konulara daha fazla eğilme imkânı buldum. Bundan dolayı ilgilendim açıkçası. Daha önce hekimlik hayatı olmamış ve e-ASM'ye gitmemiş kimsenin kendi kendine bu konuya araştırıp öğrenilebileceğini düşünmüyorum. Birçok aile hekimi uzmanlığını bitirmiş arkadaşımın bu konulara hiç bakmadığını düşünüyorum. ASM'de çalışanlar çalışmaya başladıktan sonra ancak bakıyorlar ve bunun farkına varıyorlar. Aslında uzmanlık eğitiminin bu konulara hiç faydası olmadığını düşünüyorum. Daha çok hastalık konularını, kronik hastalıklar olsun, rahatsızlıklar olsun bunların üzerine daha fazla düşünüyorlar. Seminer konuları daha çok bunun üzerine oluyor. Bir uzmanın ASM'de ne

yapması gerektiği, periferde nelerin lazım olabileceği geri planda kalıyor. Asistanlığa başladıktan sonra üç yıl boyunca bu eğitimin verilip oturtulması gerekir. Bir asistanın bunu tam olarak sindirmeden asistanlığını bitirmemesi gerekir.’ (Dr. U5, 32, uzman)

Burada da görüldüğü aile hekimliği uzmanlık eğitiminde 0-2 yaş arası PSM ile ilgili çoğu görüşmecinin yapılandırılmış eğitim almadığı ve çok sonradan, deyim yerindeyse *tek başlarına* kaldıklarında bunun farkına vardıkları görülmüştür. Görüşmeciler, uzmanlık eğitiminde daha çok akut ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik konulara değinildiği, koruyucu sağlıkla ilgili yeterli ve yapılandırılmış eğitim modelinin olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan aile hekimliği uzmanı ve araştırma görevlilerinin çoğunun e-ASM’de eğitimlerinin bir bölümünde çalıştıkları görülmüştür. e-ASM’lerde çalışma fırsatı bulan araştırma görevlilerinin diğer uzmanlara nispeten daha önce ve kendi çabalarıyla PSM’yi öğrenmeye çalıştığı görülürken; uzmanlık eğitiminde e-ASM’lerde çalışma fırsatı bulamayan uzmanların çok daha sonradan bunun öneminin farkına vardıkları görülmüştür. Görüşmeciler bu bilgileri kendi çabalarıyla ya da çalıştıkları daha tecrübeli kişilerden bir şekilde öğrenmektedirler. Dr. U3 uzmanlık eğitimi sırasında e-ASM’de çalışırken eksiklerinin olduğunu görmüş ve bunun öneminin farkına vardığını ifade etmiştir:

‘Uzmanlık sırasında e-ASM’de uygulayarak kendim öğrendim. Çünkü eksiğim olduğunu da o dönem görmüştüm. Eksiklerimi gördükçe, müdürlüğün verdiği PSM kitapçığı var. Tek tek okuyarak, kimi zaman bazı muayenelerin videolarını izleyerek sonrasında da bu eksikleri hocama danışarak, seminerleri sunumları dinleyerek açığımı kapattım. Çok büyük bir kısmını kendi çabamla öğrendim.’ (Dr. U3, 27, uzman)

Odak grup görüşmeleri esnasında uzmanlık eğitiminde e-ASM’lerin gerekliliğinden bahsedildiği sırada Dr. A5, bunun kendi uzmanlık eğitimi açısından ne kadar önemli olduğunu ifade etmiştir. Dr. A5’in bu ifadeleri ile yapılandırılmış bir eğitim verilme dahi e-ASM’lerin uzmanlık eğitiminde ne denli etkili olduğu söylenebilir.

‘Ben e-ASM rotasyonunu almadan buradan uzman olsaydım çok eksiğim olacağını düşünüyorum. İyi ki e-ASM olmuş da bunun farkına varmışım.’ (Dr. A5, 30, araştırma görevlisi)

Aile hekimi uzmanlarının çoğunun, uzmanlık eğitimi süreleri boyunca 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'ye yaklaşım konusunda kendilerine yeterince güvenmedikleri ve bu konuda yeterli bilgi ve beceriyle donatılmadıkları görülmüştür. Bu durum öncelikle, uzmanlık eğitiminde PSM eğitiminin yetersizliği ile açıklanabilir. Aile hekimliği uzmanları ve araştırma görevlilerinin çoğu uzmanlık eğitiminde 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamaları ile ilgili yapılandırılmış bir eğitimin e-ASM'ler aracılığıyla olması gerekliliğini vurgulamışlardır.

4.2.1.3. Hizmet İçi Periyodik Sağlık Muayenesi Eğitimi

Aile hekimliği sisteminde çalışan çoğu görüşmeci halk sağlığı kurumu tarafından verilen hizmet içi eğitimlere katıldıklarını belirtmişlerdir. Görüşmeciler bu eğitimlerin bölgeden bölgeye değişebildiğini ve bazı eğitimcilerin yetkinliklerinin yeterli düzeyde olmadığını ifade etmişlerdir. Görüşmecilerin bir kısmı bu eğitimlerin faydalı olduğunu belirtmekle beraber sayı ve niteliğinin artması gerektiğinin altını çizmişlerdir:

'Aile hekimliği sisteminde de Türkiye genelinde eğitiminin yeterli olduğunu düşünmüyorum. Ehil olmayan kişiler eğitim verdiğinde o eğitime yeterli değerin verilmediğini düşünüyorum. Belki bu yeterli eğitimcinin olmadığındandır.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Dr. U4 bu eğitimlerin ülke genelinde artırılması gerektiğini ve nitelikli eğitimcilerin eğitim vermesi gerektiğini böylelikle birinci basamak hizmetlerinin verilmesinde kalitede artış ve standardizasyon olacağını belirtmiştir:

'Aile hekimliği sistemine geçtikten sonra da bazı illerde hizmet içi eğitimler iyi ama bazılarında ise hemen hemen yok denecek kadar az. Hatta bu eğitimleri ebeler ya da doktor olmayanlar verebiliyor. Alanında yetkin olmayan kişilerin verdiği eğitimin içeriği ve etkinliği tartışılabilir.' (Dr. U4, 32, uzman)

Burada da görüldüğü gibi görüşmecilerin bir kısmı aile hekimliği sistemine geçtikten sonra verilecek olan teorik ve pratik PSM eğitimlerinin artırılması ve bu eğitimlerin ehil kişiler tarafından nitelikli bir şekilde verilmesi, bölgesel farklılıkların ortadan kaldırılarak bu eğitimlerin ülke geneline sayı ve niteliğin artırılarak uygulanması gerektiğini vurgulamıştır.

4.2.2. Ailelere ilişkin faktörler

'Bir çocuğun göz muayenesini yapmak için elli defa telefonla arayıp yalvarıyorsam bu hasta uyumsuzluğunu gösterir. Ben onun çocuğunu düşünürken aile kendi çocuğunu hiç düşünmüyor. Burada aileyi de bilinçlendirmek lazım.' (Dr. P1, 30, pratisyen)

Bu bölümde, 0-2 yaş PSM uygulamasına etki eden ailelere ilişkin faktörler tartışılacaktır. Araştırma kapsamında görüşülen aile hekimleri, ailelerin bu konuda yeterince farkındalığının olmadığı konusunda görüş birliği içinde olmuşlardır. Doğaldır ki ailelerin bu konudaki farkındalıkları, yalnız PSM uygulamaları için değil tüm sağlık uygulamaları için oldukça önemlidir.

Görüşmeciler ailelerin 0-2 yaş PSM uygulamalarına yaklaşımlarının bilgisizlikten ya da edindikleri yanlış bilgilerden kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Dr. P1 bu konuda yaşadığı deneyimi şöyle aktarmıştır:

'Bizde şu an iki aşı reddi var. Ne yazık ki ikisi de öğretmen. İnternette aşılardan yararsız olduğunu, hiçbir fayda sağlamadığını, boşuna çocuğa iğne yapıldığını böyle forumlardan, gruplardan takip eden hastalar. Bu çocuğa baktığında, annesi ve babası öğretmen. Genel sosyal ekonomik durumun üzerindeler ve yaptırmıyorlar. Bazen sosyal ekonomik durumu düşük olanlara daha kolay laf anlatabiliyoruz. Çünkü seni dinliyor. Ama öbürü yalan yanlış bilgilerle cevap versen de kabul etmiyor.' (Dr. P1, 30, pratisyen)

Dr. P1 toplumsal sağlık algısının oturmamasının da buna neden olabildiğini ifade etmiştir:

'Ama biz burada bir aileyi aşıya getirene kadar defalarca arıyoruz. Erteledikçe erteliyorlar. Bir önceki çalıştığım yerde bir aşı reddi vardı. Sebebi aşından sonra çocuk ağlıyormuş. Kocası sabaha kadar uyuyamıyormuş. Bu yüzden çocuğa aşı yaptırmıyor.' (Dr. P1, 30, pratisyen)

Dr. P1 ailelerin sabaha kadar uyumak için çocuğuna aşı yaptırmamasının toplumdaki bazı kesimlerin farkındalık düzeyini gösterdiğini ve esas olarak bu problem üzerine yoğunlaşılması gerektiğini belirtmiştir.

Görüşmeciler bu farkındalığın toplumda oluşmadığını belirtmişlerdir. Toplumda bu sağlık bilincinin ve kültürünün oluşmasının toplumun sağlığını olumlu

yönden etkileyeceğini belirten Dr. U6 bunun toplumda bir kültür olarak oluşmadığına şöyle dikkat çekmiştir:

'Hastaların bununla ilgili farkındalığı çok çok kötü. Bazen bizim zamanımızda böyle şeyler yoktu diyor. Dedesinin, nenesinin sözünü dinleyip getirmiyor.' (Dr. U6, 29, uzman)

Aynı konuya Dr. P3 şöyle değinmiştir:

'Genel olarak ailelerin önemsemediklerini düşünüyorum. Değerli olmadığını düşündüklerini düşünüyorum. Tabii burada ailenin kültürel durumunun da önemli olduğunu düşünüyorum.' (Dr. P3, 35, pratisyen)

Dr. P4 eğitim ve sosyoekonomik durumun ailelerin PSM'ye katılımına etkisinden bahsederken genelde sorunlu olanların *iki uçta* yer alan kişiler olduğundan bahsetmiştir:

'İki uçta olanlar bu konuda bence yetersiz kalıyor. Kendini çok eğitilmiş zanneden, her şeyi bildiğini zannettiği için sizi bu konuda yetersiz görebiliyor. Dışarıdan duyduğu en ufak şeye inanıp tam içeriğini araştırmadan, sormadan, aşının içinde cıva var deyip çocuğunu koruyabileceğini düşündüğü için çocuğuna zarar verebiliyor. Durumu düşük olan ailelerde ise aileden, dışarıdan, komşunun söylediği bile hekimin söylediğinden daha değerli. Önemli olmadığını düşünüp eskiden kendilerine yapılmadığı için bunlara da yapılmasa bir şey olmayacağı düşüncesi ağır basıyor. Ben bu konuda orta kesimin daha duyarlı olduğunu düşünüyorum. Kendini idare edebilecek düzeyde eğitimi olan ve sosyal ekonomik durumu olan kişilerin daha uyumlu olduğunu düşünüyorum.' (Dr. P4, 30, pratisyen)

Bu sağlık bilincinin toplumda oluşmaması bazen bu uygulamalara karşı farklı tepkilerin oluşmasına ve uygulamada çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Hala bu uygulamaların hekimin ya da aile sağlık elemanını deyim yerindeyse *parasının kesilmemesi* için yapıldığı düşünülmektedir. Dr. U5 bu durumun toplumda bilinçlenmeyle aşılabileceğini düşünmüştür:

'Topuk kanı alırken bile çocuğun canını acıtıyormuşuz gibi bir izlenim var. Yapmasak olur mu? Neye yapıyoruz ki? diyebiliyorlar. Aileler tepkili olabiliyorlar. İlk topuk kanında sıkıntılı bir değerle tekrar topuk kanı aldığımızda ailelerin tepkisi ile karşılaşabiliyoruz. Siz mi yanlış aldınız? Niye bir daha alınıyor? Bu konuda aileler bilinçlendirilirse, en azından çocuğunun faydası için yapıldığını bilirse daha iyi olur. Sanki biz bundan para alıyormuşuz gibi bir izlenim var halk arasında. Ebe Hanım parası kesilmesin diye çağırıyor zannediyorlar.' (Dr. U5, 32, uzman)

Görüşmecilerin çoğu bu uygulamalara katılımın ailenin sosyoekonomik durumuyla doğru orantılı olmadığını düşünmüşlerdir. Sosyoekonomik durumu düşük ailelerin bazen beklenenin tersine daha uyumlu olduklarını, sosyoekonomik durumu yüksek olan ailelerin ise bazen de daha dirençli olduklarını ifade etmişlerdir. Dr. U1 bu konudaki düşüncelerini şöyle aktarmıştır:

'PSM'ye katılımda tam ortasını ben düşünüyorum. Çok eğitimsiz, sosyal ekonomik durumu daha kötü olanlar da uzak kalıyor. Eğitim düzeyi yüksek olanlar da uzak kalıyor. Bizle çok uzlaşanlar, daha çok itibar edip bu konuda bize yardım edip cevap alabildiğimiz kişiler daha çok orta sınıf. Bu sınıfa daha çok ulaşabiliyoruz. Alt sınıf anlaşıyoruz, anlatamıyoruz. Tam tersi eğitim düzeyi yüksek olduğunu düşündüğümüz, eğitim seviyesini daha yüksek görünen kişilere de ulaşamıyoruz. Onlar her şeyi bildiğini zannediyorlar. Öbürlerini de hiçbir şey bilmediği için ikna edemiyoruz.' (Dr. U1, 37, uzman)

PSM'nin uygulanmasında hastanın ekonomik durumunun göz önüne alınması gerektiği hekimlerce vurgulanan başka bir konudur. PSM uygulamalarında uyumu bozan nedenlerin sorgulanması gerektiğini Dr. U4 şöyle ifade etmiştir:

'Maddi durumu kötü olan aileler ne yazık ki katılım sağlamıyor. Ya parası yok ya da gereksiz görüyor. Yönlendirdiğimizde hasta (ailesi) gitmek istemiyor. Eğer yönlendirdiğinizde durumu yoksa, bunun sağlanması lazım.' (Dr. U4, 32, uzman)

Dr. P2 de sosyoekonomik durumdan ziyade kültürel durumun bu durumu etkilediğini düşünmüş ve bu direncin sağlık çalışanlarında bile olabildiğini ve bunun bilgi eksikliğinden kaynaklandığını şöyle belirtmiştir:

'Sosyoekonomik durumdan çok kültürel durum bence daha etkili. Maalesef eğitim düzeyi ortanın biraz üzerinde olan kişilerden daha büyük defans görüyoruz. Hatta sağlık çalışanlarının bazı uygulamaları çok daha dirençli olduğunu görüyorum. Bir hekimin, bir hemşirenin çocuğuna aşı yaptığınızda ben bunu istemiyorum. Bunu niye yaptınız diyebiliyor. Kendi davasına inanmayan bir kişiyi başkasını nasıl ikna etmeye düşünebilir. Demek ki kafasında bir takım cevaplanmamış sorular var ya da endişeler var. Bunu sorduğunuzda anlamlı bir cevap veren 15 yıldır görmedim.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Dr. P2 sağlık çalışanlarında bile direnç oluşmasını *kafasında cevaplanmamış sorular var* demek ki olarak ifade etmiş ve bunun toplumsal bilinçlenmeyle ancak aşılabileceğini söylemiştir. Görüşmecilerin çoğu bu toplumsal sağlık bilincinin oluşması gerektiğini düşünmüşlerdir. Böylelikle toplum sağlığı için yapılan uygulamalara toplum tarafından direnç gösterilmez.

Ailelerin gerek ulusal medyadan gerekse de sosyal medyadan birçok kirli bilgiyi alıp bu bilgilere istinaden uygulamalara katılmadığını Dr. P4 şöyle ifade etmiştir:

‘Geçtiğimiz yıllarda ortaya çıkan bu zorunlu aşı yaptırmama gibi durumun şu anda ciddi bir problem olduğunu düşünüyorum. Şu an bizim taramalarımızdaki en büyük problem bu. Buna yönelik insanların ciddi manada bilgilendirilmesi gerekir. İnsanların çok farklı düşünceler var bu konuda. En basitinden birçok insan işte aşıda cıva var, domuzdan üretiliyor şeklinde söylentilere inanıp sosyal medyada binlerce kişinin katıldığı gruplar kurulup bu eğitilmiş kesim dediğimiz kesimin bunlara inanması ciddi bir problem. Bunun ailelere nasıl yaptırılacaksa zorunlu hale getirilmesi önem taşımaktadır. Yaptıran aileler de bu zor hale düşmektedir. O yüzden bu bağışıklama konusunda daha fazla eğilmesi gerektiğini düşünüyorum.’ (Dr. P4, 30, pratisyen)

Ailelerin gerek farkındalık eksikliğinden, gerek bilgi kirliliğinden, gerekse de geleneksel yaklaşımlarından dolayı uygulamalarda kısıtlılıklara neden olduğu ve toplumsal bilinçlenmenin bir şekilde toplumda oluşması gerektiği görülmüştür.

Bu bölümde görüşmecilerin çoğu ailelerin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM hakkında farkındalıklarının çok düşük düzeyde olduğunu ve uygulamalara katılımın sosyoekonomik düzeyle doğru orantılı şekilde olmadığını ifade etmişlerdir.

4.2.3. Hekimlere İlişkin Faktörler

Görüşmecilerin çoğu 0-2 yaş arası uygulanan PSM’yi eksiksiz olarak uygulamaya çalıştıklarını söylemişler ancak birinci basamakta çalışan hekimler arasındaki genel yaklaşımın, uygulamaların genelde performansla değerlendirilen kısımlarının yapılması yönünde olduğunu belirtmişlerdir. Temel yaklaşım ise, güncel literatürde de önerildiği gibi PSM’nin ulusal rehberlere uygun olarak uygulanmasıdır.

0-2 yaş PSM uygulamalarında yer alan konuların performans kaygısı nedeniyle tam olarak yapılmadığını, bir nevi zorla yapıldığını Dr. P3 şöyle ifade etmiştir:

‘Gördüğüm kadarıyla (hekimlerin) bu konudaki yeterlilikleri ve farklılıkları yok denecek kadar az. Verilere göre de performans odaklı çalıştığımız görülmektedir. Performansa tabi olan konularda işlem oranlarımız yüksek. Diğer uygulamalarda düşük. Bir nevi zorlamayla iş yapıyoruz.’ (Dr. P3, 35, pratisyen)

Bir başka görüşmeci de aynı konuya şöyle bir eleştiri getirmiştir:

‘Çok açık bir şekilde görülyor ki; yoğun ASM’ler ile görece rahat olan yerlerdeki uygulamalar arasında dağlar kadar fark var. Yoğun bölgede çalışan arkadaşlarla konuştuğumda çoğu 0-2 yaş çocukları hiç görmeden, sadece aşılarını yapıp, kilolarını ve boylarını ölçüp gönderildiğini söylüyor. Çoğu hekim çocuk görmüyor bile. Mesela bir doktor arkadaşım ASM’ye kayıtlı çocuğunu aşıya götürüyor. İki yıldır gidiyorum doktoru bir kere bile görmedim diye söylüyor. Doktorlar sadece negatif performanstan kaçmak adına, biz performanstan yırtalım yeter diye düşünüyorlar. Faydamız olsun düşüncesinden ziyade maaşımız, paramız kesilmesin düşüncesindeler.’ (Dr. P4, 30, pratisyen).

Hekimlerin ulusal PSM rehberini kullanımıyla ilgili Dr. P2 şöyle bir eleştiri getirmiştir:

‘Hekimlerin ne yazık ki yüzde onu bu rehberi kullanıyor. Rehber erişimde sorun yok. Hekim ihtiyaç duymuyor, gerekli görmüyor. Şu an herkeste olduğundan kesinlikle eminim. İnternet ortamında, bakanlığımızın sitesinde mevcut. Hatta bizzat isteyerek buna ulaşılabilir. Bakanlık tarafından bize bilgilendirme yapılmıştır. Gerekirse basılı materyal olarak ya da elektronik ortamda ulaştırılmıştır. Ama hekimlerimizin bunun gerekliliğini kavrayamamış ya angarya olarak görmelerinden ya da PSM hakkında yeterli bilgileri olmadığından dolayı bunlara çok başvurulmuyor.’ (Dr. P2, 52, pratisyen)

Bu uygulamalarda hekimlerin genelde rehberlerden ziyade daha deneyimli iş arkadaşlarından ya da kendilerince bir yöntem oluşturdıklarından Dr. P3 şöyle bahsetmiştir:

‘Günlük pratiğimde (rehberleri) pek kullandığım söylenemez. Genel olarak tecrübelerimden ya da arkadaşlarıma danışarak ya da başka kaynaklardan araştırma yaparak sorunlarımı çözmeye çalışıyorum. Gerek sosyal platformlarda, gerek konuşmalarımızda hekimlerin bu rehber ile ilgili pek haberdar olmadıklarını düşünüyorum.’ (Dr. P3, 35, pratisyen)

Bir kısım görüşmeci bu uygulamaların tam manasıyla uygulanamamasının nedenlerinden birinin de mesleki tatminsizlik olabileceğini belirtmiştir. Dr. U2 bu konuyu şöyle ifade etmiştir:

‘Buradaki sorunun temelinde mesleki tatminsizlik var. Mesleğinde tatmin olamayan bir hekim her türlü işi yapmakta çekimser davranacaktır. İşte bu sebeple de on yıldır birinci basamakta çalıştığı halde işi bilmeyen, sevmeyen, sahiplenmeyen hekimleriniz var. Ücret tatmini varsa, mesleki tatmin varsa, kaliteli ve yönlendirici bir idareci varsa PSM’de yazanların beş misli bile yapılabilir.’ (Dr. U2, 45, uzman)

Dr. U5 ise bu konuda şöyle demiştir:

'Aile hekimi uzmanlığının insana kattığı en önemli özelliklerden birinin de rehberlere ulaşabilme yeteneğinin oluşması olarak görüyorum. Çok düşük eğitim alan bir uzman bile olsa akademik olarak bazı bilgilere erişmesi daha kolay oluyor. Hangi bilgiyi almamız gerektiğini daha iyi seçebilmek. Yeni başlayan bir pratisyen diğer aile hekimlerinden, kendi imkanları ile öğreniyorlar. Genelde aile sağlığı elemanlarının takiplerine hiç karışmayıp onların yaptığı ile yetiniyorlar. Belki bu işi isteyerek yapmıyor, belki zorunluluktan yapıyor, belki bir basamak olarak kullanıyor, belki rahat diye gelmiş. Bu etkiliyor. Fakat aile hekimi uzmanları zaten bunu benimsemiş bunu yapmak isteyerek geliyor. Çünkü kendi seçiyor, zorunluluk değil. Kendi seçtiği için de bu hizmeti nasıl yapabilirim verebilirim diye düşünüyor.' (Dr. U5, 32, uzman)

Hekimlerin tanı tedavi koymak yerine koruyucu sağlığın etkinliğine kendilerini inandırma gerektği ve bunu özverili bir şekilde uygulaması gerektiği hakkında Dr. P2 şöyle demiştir:

'Hekim öncelikle PSM'nin gerekliliğine inanmalı. Kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmesi için, güncel geçerli bir sağlık hizmeti verebilmesi için bunun gerekli olduğuna kendi inandırması gerek. Ek olarak, bu konudaki eksikliğini farkında olması lazım. Birçok arkadaşımız bunun farkında değil.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Hekimin bu uygulamalara bakış açısına Dr. U2 şöyle bir eleştiri getirmiştir:

'Açıkça itiraf etmek gerekirse uygulamada bu işi hemşirelerimiz, ebelerimiz yapar. Doktorlarımız sadece poliklinik yaparlar, reçete yazarlar. Bunun haricinde bebekler ile ilgili her türlü işleri evrakları takipleri verdiğimiz işleri yapar. Hasta geldiği zaman sekreter doğrudan hemşireye yönlendiriliyor. Hemşire de takibini yapıyor, izlemi yapıyor, kontrollerini yapıyor. Eğer çocuğa reçete yazılması gerekirse doktorun yanına çıkıyor.' (Dr. U2, 45, uzman)

Dr. U2 bazı hekimlerin PSM uygulamalarını tam uygulamak bir yana çoğunu aile sağlığı elemanına yaptırdıklarını ve bazen çocuğu bile görmediklerini eleştirmiştir. Hekimlerin çeşitli nedenlerle veya bahanelerle performans odaklı çalıştığını, bazı uygulamaları *angarya* olarak gördüğünü ifade etmiş ve birinci basamağın esas işlevinin hekimlerce tam anlaşılmadığını söylemiştir:

'Hekimlerimiz performansa tabi olmayan işi ne yazık ki yapmamayı tercih ediyor. Bu cümleyi özellikle söylüyorum, yapılması gerektiğini biliyor ama yapmamayı tercih ediyor. Ama şöyle bir gerçekle yüz yüzeyiz. Sağlık personeli bu hıza ayak uydurmakta çekimser. Sağlık personelimiz çalışmak istemiyor. Sağlık personelimiz her yeni tarama çıktığında, her yeni faaliyet çıktığında bunu bir ek angarya şeklinde yorumluyor. Çünkü hâlâ şu mantık var. Hekim reçete yazar, gerisi ile ilgilenmez. Aslında bu hastaneciliğin bir sonucudur. Hastanelerde ikinci basamak

hizmetlerdeki hekimlerin mantığı odur. Ama bizde birinci basamakta da ne yazık ki aynı mantık vardır. ' (Dr. U2, 45, uzman)

Görüşmecilerin çoğu mevcut 'Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi'nden haberdar olduğunu ve bu rehber gereke gerekse de internet ortamından kolayca ulaşabildiklerini belirtmişlerdir. Görüşmecilerin çoğu bu dökümanların sağlık müdürlüğü tarafından kendilerine ulaştırıldığını ifade etmişlerdir.

Bu rehberleri günlük pratiğinde uygulayıp uygulamadıkları sorgulandığında görüşmecilerin yarısının bunu tam ve eksiksiz olarak uyguladıkları görülmüştür. Bir kısmının ise bu rehberden haberdar olmasına rağmen çeşitli nedenlerle (nüfus yoğunluğu, zaman vs.) rehber kullanmadıkları, sadece negatif performansta olan kısmını eksiksiz yaptıkları görülmüştür.

Dr. P1 zaten 0-2 yaşta çoğu uygulamanın negatif performansta olduğunu bunun ister istemez uygulandığını söyleyerek bu konuda şöyle bir özeleştiride bulunmuştur:

'Zaten negatif performans olduğu için oradaki uygulamaları çoğunu yapıyoruz. Birebir rehberde değil de performansta olan işleri zaten bir şekilde yapıyoruz. Dürüst olmakta fayda var. On aile hekiminden bu taramaların tamamını yapan sayısı en fazla dört ya da beştir. İllaki bir tarama atlıyorlar. Ya iş yükünden, ya da önemsemiyorlar. Hiç göz taraması yapmayan aile hekimi var tanıdığım.' (Dr. P1, 30, pratisyen)

Rehber kullanımıyla, yapılandırılmış PSM uygulamalarının herkese aynı standartta ve kalitede sunulması gibi bir yararın olacağını Dr. P2 şu sözlerle ifade etmiştir:

'2014 yılında çıkarılan PSM rehberi elimde var. Bundan sürekli istifade ediyorum. Hastaların bana başkasına şunu yapmışsınız. Başka doktor da şöyle yapıyoruz demiyorlar bu rehber sayesinde.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

PSM uygulamalarını etkileyen etmenlerden hekimlere ilişkin faktörlerin sunulduğu bu bölümde görüşmecilerin çoğunun birinci basamak hekimlerinin PSM uygulamalarını tam anlamıyla uygulamadıklarını, bu uygulamaların performansta yer alan kısımlarda kaldığını düşündükleri görülmüştür. Yine görüşmecilerin çoğunun ulusal PSM tarama rehberine ulaşımında sıkıntısı olmadığı görülmüştür.

Görüşmecilerin yarısının uygulamalarında rehberlerden tam anlamıyla faydalandıkları görülmüştür.

Araştırma sorusuna hekimlerin ifadeleri ışığında tekrar bakıldığında 0-2 yaş arası uygulanan PSM’de hekimlik yaklaşımlarının etkili olduğu söylenebilir.

4.2.4. Sisteme ilişkin faktörler

Bu bölümde görüşmeciler, PSM uygulamalarını etkileyen faktörlerden birinin de mevcut sistemin bazı konularda yetersiz kalması olduğunu belirtmişlerdir. Görüşmeciler bazı konularda ne yapılması gerektiği ile ilgili çözüm önerileri sunmuşlardır.

0-2 yaş PSM uygulamalarına hekimlerin ayırdığı sürenin, hekimin bulunduğu bölgenin nüfus yoğunluğuna ve günlük poliklinik muayene sayısına göre değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Çoğu görüşmeci 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM için yeterli zamanlarının olduğunu söylediler de nüfus yoğunluğunun olduğu ve günlük poliklinik muayene sayılarının fazla olduğu yerlerde yeterli zamanın olmadığını gözlemlediklerini belirtmişlerdir.

Aile hekimi başına düşen nüfus sayısının fazla olması, birinci basamak sağlık hizmetinin ana konusu olan toplum sağlığının korunması ve sürdürülmesini zorlaştırmaktadır. Nitekim çoğu katılımcı bunun önemini vurgulamakta ve nüfus yoğunluğu arttıkça bu uygulamaların *idealden* uzaklaştığını belirtmişlerdir. Dr. U1 bu durumu şöyle ifade etmiştir:

‘Şu an meşguliyetimiz azaldıkça, popülasyonumuz azaldıkça ister istemez 0-2 yaş grubuna daha çok odaklanırsınız. Mesela 6 aylık bebeklere ek gıda öneriyoruz. Ek gıda önermeyi nasıl yapıyoruz. Üç kelimeyle... Önce yoğurt, varsa sonra baharatlı tarhana çorbası gibi çorbalar içer. Sonra işte meyve püreleri yedir diyoruz. Ama vaktimiz olsa biz bir saat anlatırız. 6 aylıkken şunları başla, 7 aylıkken şunları başla, 8 aylıkken şunları başla... Şunları verme, bunları ver. Normalde üç cümleyle geçtiğimiz ek gıdaya başlama danışmanlığımız, ister istemez uzamaya başlayacak üç dakika değil, üç saat anlatacağız belki. Çünkü vaktimiz var, imkânımız var. Siz burada ek gıdaları anlatırken kapıda biri; ‘Doktor bey ben ilaç yazdıracağım. Şunu yazdırayım da gideyim. Beni bekletmeyin’ demeyecek. Çünkü bekleyen hasta yok. Siz rahat rahat eğitim vereceksiniz.’ (Dr. U1, 37, uzman)

Aile hekimlerine kayıtlı nüfus sayısının azaltılmasının ve birinci basamakta hekime yüklenen gereksiz uygulamaların sonlandırılmasının PSM'nin uygulanabilirliğine de katkıda bulunabileceğini Dr. U4 şöyle belirtmiştir:

'(PSM'nin) 4000 nüfusla ya da rapor angaryasıyla değil, 1500 nüfusla; kalite ve uygulanabilirlikle yapılabilir bir şekilde olması gerekiyor. Ama 4000 ve üzeri nüfusta bu ne yazık ki mümkün değil.' (Dr. U4, 32, uzman)

Aynı konuda Dr. P4 nüfus yoğunluğu olan bölgelerde çalışan hekimlere ait gözlemini şöyle ifade etmiştir:

'Günde 70-100 hasta bakılan ASM'lerde (PSM'nin tam uygulanması) neredeyse imkânsız. Hiç çocuğu görmeden, sadece ebenin aşısını yaptığı gönderdiği ASM'ler biliyorum. Doktorun yüz hasta baktığı bir ASM'de çok da muayene işine gireceğini düşünmüyorum.' (Dr. P4, 30, pratisyen)

Zaman kısıtlılığının olduğunu belirten hekimler olsa da nispeten nüfus yoğunluğu ve günlük muayene sayısı az olan hekimler zamanlarının yettiğini belirtmişlerdir. Dr. U5 bu uygulamalar için yeterli zamanının olduğunu belirtse de bunun çalıştığı bölgeyle ilgili olduğunu da eklemiştir:

'Tabi çalıştığı yerle de alakalı. Hasta başvurusunun fazla olduğu bir yerse çocuğa zaman ayıramayabiliriz. Benim çalıştığım yer az nüfusa sahip olduğu için ben vakit ayırabiliyorum. Tabi hasta sayım fazla olsaydı ben de ayıramayabilirdim.' (Dr. U5, 32, uzman)

Dr. P2 nüfus sayısının fazla olmasının yanısıra aile hekimine yüklenen reçete, rapor ve ASM yönetimiyle ilgili angarya işlerin fazlalığından asıl işlere gerekli zamanın kalmadığını şöyle belirtmiştir:

'Günlük muayenemin en az %50'sinin olmasını istiyorum ama azami yüzde kırkını yapabiliyorum. Bu oranı daha fazla yükseltmek istiyorum. Gelen hastalarımızdan 0-2 yaş grubuna baktığımızda neredeyse 10-15 tane önemli parametreyi incelemeniz gerektiğini fark ediyorsunuz. Bunların her birisine vakit ayırdığınızda, yaklaşık günlük poliklinik pratiğinizde en az yüzde 30-40 zaman aldığını söyleyebilirim. Bu zaman kesinlikle yetmiyor. Çünkü neredeyse yarı yarıya bir zaman gerekli. Hasta sayısının çokluğu, gün içerisinde yapmamız gereken uygulamalar, diğer işlemler; daha doğrusu birinci basamakta olmasını istemediğimiz bir takım zorunlu uygulamalar, kayıt işlemleri bir takım tetkik işlemleri olsun ve reçete yazma gibi göz önüne alındığında belki asıl olan işlerimize zaman kalmadığını söyleyebiliriz.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Dr. P2 günlük muayenenin en az yarısını 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarının oluşturmalarının gerekliliğinden bahsetmiştir. Rehberlerde önerilen uygulamaların sadece performanstaki kısımları dışında tam olarak uygulanması için yeterli zamanın olması gerektiğini belirtmiştir. Nüfus yoğunluğunun ve birinci basamakta asıl amaç olan koruyucu hekimlik dışındaki bazı zorunlu uygulamaların bu zamanın verimli bir şekilde kullanılmamasına neden olduğunu belirtmiştir.

PSM uygulamalarında nasıl bir performans uygulanması gerektiği sorulduğunda ise hekimden hekime değişmekle birlikte, özellikle 0-2 yaşın çocuğun hayatının tümünü etkileyen bir dönem olması nedeniyle, bu yaştaki PSM uygulamalarında negatif performans uygulanması gerekliliği çoğu hekim tarafından belirtilmiştir. Bu yaş aralığındaki uygulamaların hekimlerin bir nevi inisiyatifine bırakılmadan uygulanması gerekliliğini belirtmişlerdir. Dr. P1 bunu özeleştirisini de yaparak şöyle dile getirmiştir.

'Bence negatif performans kesinlikle olmalı. Dürüst olmakta fayda var. Yoksa işler aksar. Kim yaparız, ederiz dese de yapılmaz. Ama negatif performans olduğunda ister istemez takip ediyorsun, yapıyorsun. Hastayı gerekirse elli defa arıyorsun çağırıyorsun.' (Dr. P1, 30, Pratisyen)

Dr. U3 0-2 yaş arasında yapılan uygulamaların çocuğun hayatının tümünü etkileyeceği için kesinlikle yapılması gerektiğini ve bunun yapıldığında takdir edilmesi gereken bir uygulama değil aksine yapılması zorunlu bir uygulama olduğunun altını çizmiştir:

'Bence şu an yaptıkları gibi negatif performans devam etmeli. Es geçilebilir. Bu da çocuğun hayatı açısından kötü sonuçlar doğurabilir. Negatif performans mantıklı. Bunu pozitif performansa bırakırsak yapırlılığı azalır. Bu takdir edilmesi gereken bir şey değil, yapılması gereken bir şey. Bir çocuğun mesela görme kaybının olmasını tespit ettik bu pozitif performans değildir. Her çocuğa bakılması gerekir zaten. Her çocuk bunu hak ediyor zaten. 0-2 yaşta bu aşığı yapmalı mıyız? Testis muayenesini yapmalı mıyız? 'Yaparsak ne mutlu bize diye' bir şey olamaz. Burada mecburen yapmak zorundayız. Çocukların sağlık bakım hakkı. Negatif performans mantıklı diye düşünüyorum. Bu çocuğu bir daha iki yaşına döndürüp aşı yapacak halimiz yok. Ya da o dönemdeki D vitamini replasmanının etkisiyle sonraki etkisi aynı değil. Orada zamanla yarışıyoruz.' (Dr. U3, 27, uzman)

PSM uygulamalarında negatif performansın gerekliliğini savunanların yansıra pozitif performansın uygulanması gerektiğini belirten hekimler de mevcuttur. Dr. P3 pozitif performans uygulamasının uygulanması gerektiğini savunurken bunun sadece sağlık personelinin sorumluluğunda olmaması, ailelerin de bir şekilde bu sorumluluğu üstlenmesi gerektiğini belirtmiştir:

‘Prensip olarak negatif performansa karşıyım. Bence olmamalı. Pozitif performans uygulanmalıdır. Toplumun aslında bunu benimsemesi gerektiğini düşünüyorum. Sadece aile hekiminin, aile sağlık elemanının sorumluluğuymuş gibi algılanmaması gerekir. Toplum bir sorumluluk altına sokulmalı. Ya da topluma bu bilinç kazandırılmalı. Aksi takdirde hekim aile sağlık elemanı performans kaygısı yüzünden, kişiler de bilinçsiz olduklarından dolayı şu anki gibi sorunlar çıkacaktır.’ (Dr. P3, 35, pratisyen)

Diğer bir görüşmeci ise hekimlere negatif performansın bir ceza gibi uygulanmasının doğru bir yaklaşım olmadığını, zaten bu uygulamaların hekimin esas görevi olduğunu ve hekimin gönüllü olarak yapması gerektiğini belirtmiştir:

‘Normalde bir hekime bunları yap, yapmazsan ceza gibi bir uygulama çok doğru bir uygulama değil. Ne yapmamız gerekir? Bir hekim koruyucu sağlık hizmeti gerektiğini zaten bilir. Zaten gönüllü olarak bunu yapar.’ (Dr. U1, 42, uzman)

0-2 yaşın tüm hayatı etkilediği düşünüldüğünde hekimlerin tamamının uygulanacak PSM’lerin önemini farkında olduğu görülmüştür. Negatif performansın uygulanması gerektiğini savunan görüşmecilerin yansıra, pozitif performansın uygulanması gerektiğini savunanlar da bunun zaten yapılması gereken uygulamalar olduğunu belirtmişlerdir.

Dr. U6 bu konuda şöyle bir öneride bulunmuştur:

‘Bir uygulamanın sonuçları ne kadar önemliyse o kadar negatif performansa konmalı. Önemi biraz daha geri planda ise negatif performansa konmalı. Olmazsa olmazlar negatif performansta olmalı. Böylelikle doktorun motivasyonu da arttırılmış olur.’ (Dr. U6,29, uzman)

Görüşmecilerin çoğu PSM uygulamalarında ailenin katılımının sistem tarafından bir şekilde arttırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Dr. P3 sadece hekimin veya aile sağlık elemanının sorumluluk altına sokulmaması gerektiğini aynı şekilde ailelerin de sistem tarafından sorumluluk altına alınması gerektiğini belirtmiştir:

'Toplumun aslında bunu benimsemesi gerektiğini düşünüyorum. Sadece aile hekiminin, aile sağlık elemanının sorumluluğuymuş gibi algılanmaması gerekir. Toplum bir sorumluluk altına sokulmalı. Ya da topluma bu bilinç kazandırılmalı. Ama bu sistem geldiğinden beri yaklaşık on senedir yeterince arttığını düşünmüyorum. on sene yeterli bir zaman olmasına rağmen vatandaşı, toplumu bu işe ortak etme konusunda çok ilerlemediğimizi düşünüyorum. Burada da vatandaşa sorumluluk vermemiz gerektiğini düşünüyorum. Vatandaş da bu işten sorumlu tutulmalı. Bu şekilde oranların artacağını düşünüyorum.' (Dr. P3, 35, pratisyen)

Dr. U5 ise sistem tarafından aileye de negatif performansın bir şekilde uygulanması gerektiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

'Bize negatif performans olarak yansıtılırsa bunun aile için de bir şekilde negatif bir performans olarak yansıtılması lazım. Sadece sağlık çalışanı değil de aileye de bir yaptırım olursa aileler daha uyumlu olur. Mesela para cezası olabilir. Böyle yapılırsa bence %90 artar.' (Dr. U5, 32, uzman)

Aynı konuda benzer ifadeleri Dr. U6 da kullanmıştır:

'Sistem para cezası ya da sigorta kesintisiyle ailenin katılımının sağlayabilir bence. Çocuğu zaten gözünün önünde sağlam gibi durduğu için aileleri bazen ikna edemiyoruz. Ya para cezasıyla, ya sigortan kesilir gibi korkutarak katılımı sağlanabilir.' (Dr. U6, 29, uzman)

Görüşmecilerin bir kısmı özellikle bağışıklama konusunda sistemin bir yaptırımı olması gerektiğini savunmakta iken bir kısmı ise ailenin tüm çabalara rağmen bu konuda verdiği nihai kararın uygulanması gerektiğini savunmuşlardır. Bu konuda yaptırım olması gerektiğini savunan Dr. U3 bu konudaki gerekçesini de şöyle açıklamıştır:

'Yaptırım gücünün müdürlükte olması lazım. Mesela evden aldırıp, aşı yaptırmak gibi. Bu insan haklarına aykırı gibi görünebilir ama çocuğun hakkı sonuçta. Ailenin inisiyatifine bıraktığında -hatta bununla ilgili bir dava var, haklı görünen bir aile var- onu da ellerinde koz olarak kullanıyorlar. Çocuğun aşısını engellemiş oluyor. Burada biraz kolluk kuvvetleriyle ne ile nasıl yaparlarsa bilmiyorum, yaptırım gücü olmalı. Ailenin gelip bir tutanağa imza atıp çocuğun geleceği ile ilgili karar vermemesi lazım. Aile tutanağa bile imza atmakta imtina gösteriyor. Bence bu biraz sıkıntı. Yaptırım gücü olmalı. Bir ceza olmalı ya maddi ceza. Ailenin inisiyatifine bırakılacak bir durum değildir. Çocuk büyüdüğünde bana niye yaptırmadınız diyebilir. Tutanağa imza attım kurtuldum demek her şeyi hallediyor. Çocukla ilgili her şeye karar veririm demek olmuyor. Çocuğunu getirmeyen aileye sen bunu neyi bilerek kabul etmiyorsun ya da bu konu hakkında ne biliyorsun diye sorulabilir. Yanlış karar verdiğinde bundan kim sorumlu olacak? Tutanağı tutan mı, imzayı atan mı? Mevzumuz kâğıt üzerinde işi yapaım olmamalı.

Bu çocuğun hayatı önemli. Bu çocuk bağışıklığını da kırmış oluyor ve çevresindekilere kötü örnek oluyor. Onlar da bunlar sadece imza atıp yaptırmamış diyor ya bende yaptırmıyorum diyebiliyor.’ (Dr. U3, 27, uzman)

Aynı konuda Dr. U4 de şöyle düşünmüştür:

‘İşitme testinde doktoru çok sorumlu tutmamak lazım. Orada hastaya da performans uygulamak lazım. Çünkü tüm çabalara rağmen getirmeyebiliyor. Mesela aşılarda aile istemediği zaman, aile bilirkşi olmadığı için aileye de zorunluluk getirilmesi lazım. Fransa’daki gibi gerekirse hukuki yaptırımlar uygulanabilir. Bu aslında bence çocuk suistimaline giriyor.’ (Dr. U4, 32, uzman)

Görüşmecilerin çoğu PSM’ye katılımı etkileyen en önemli unsurlardan birinin de ailenin katılımı olduğunu, toplumda sağlık bilincinin sistem tarafından bir şekilde arttırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu bilinçlenmenin toplumda nasıl oluşturulması gerektiğine dair öneriler sunarken bunun 0-2 yaş PSM uygulamaları açısından elzem olduğunu vurgulamışlardır.

Görüşmecilerin çoğu medyanın *herkese ulaşma* gücüne işaret etmiş ve bu bilinçlenmenin *TV’yi en çok izleyen toplumlardan biri* olan toplumumuza daha etkin bir şekilde yapılabileceğini ifade etmişlerdir.

‘Örneğin biliyorsunuz biz şu an dünyada en fazla TV izleyen toplumlardanız. Ama bizim TV’lerimizde özellikle halkın en fazla TV izlediği saatlerde sağlıkla ilgili hiçbir şey yok. TV’lerde, bu bile etkisini çok iyi bir şekilde gösterecektir.’ (Dr. U2, 45, uzman)

Dr. P1 de bu konuya değinmiş ve şöyle demiştir:

‘Bu aileler sürekli televizyon izleyen aileler. Buna yönelik politika izlenmesi lazım. Reklam olur, bununla ilgili konuşmalar olur programlar olur. Bu insanlar akşama kadar televizyon izliyor. Bunlara en iyi ulaşma yolu bu.’ (Dr. P1, 30, pratisyen)

Bu konuda bilinçlendirme oluşturulurken genelde kamu spotları ve sağlık programlarında 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarına yer verilmesi gerektiği ve bu sürelerin arttırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Dr. U3 bunun nasıl olması gerektiğini şöyle vurgulamıştır:

‘Aileleri bilinçlendirmek için kamu spotları oluşturulabilir. Çocuğunuzun görme taramasını kesin yaptırın diye mesela. Tabi bu bazı ailelerde fazla hassasiyete neden olabilir. Ama bununla ilgili bir bilgilendirme yapılabilir. Aynen şu an o

sağlığımız için ‘Tuzdan uzak durun’ dendiği gibi. ‘Obezite ile mücadele için 30 dakika yürüyün’ gibi en azından 0-2 yaş aşıları, görme taraması ile ilgili kamu spotu yapılabilir. Özellikle şu an aşı reddinin fazla olduğu bir dönemde aşı yapılmadığı için kötü olan örnekler gösterilebilir. Caydırıcı olması açısından televizyonlarda olan sağlık programlarında bunlar daha çok dile getirilebilir. Genelde medyatik, popüler kültürün etkisi olan şeylerden bahsediliyor. Onların yerine 0-2 yaşta yapılması gereken tarama, aşı gibi konulardan bahsedilirse daha etkili olabilir. Afiş, broşür gibi şeyleri müdürlük zaten yapıyor ama büyük boardlara daha vurucu olması açısından reklam ya da afiş yapılabilir.’ (Dr. U3, 28, uzman)

Dr. P4 bu konuya farklı bir bakış açısı getirmiştir:

‘Başta sağlıkla ilgili haberler yaparken çok ciddi bir süzgeçten geçirilmesi gerekiyor bence. Çünkü önüne gelen sağlıkla ilgili, en ufak bir şeyi haber yaptığı zaman hem hekimler bu konuda sıkıntıya giriyor hem de hastalar hekime inanmaktan bu haberlere daha fazla inanabiliyorlar. Mesela çocuğa ateşli iken aşı yapıldı çocuk felç oldu. Bu toplumda o kadar çok bilinen bir bilgi ki kulaktan kulağa ya da okuduğu bir haberden öğreniyor. Haberler yapılırken o konu ile ilgili bilen birine danışılıyor mu? Hayır. Toplumsal olarak insanlarda bir şey oluşturmak için öncelikle bu yanlış haberlerin, yanlış bilgilerin ortadan kaldırılması gerekir. Olabildiğince düzeyli sağlık programlarına özellikle gündüz kuşağında; tabii düzeyli bir şekilde, magazinsel olmayan şekilde özellikle de araya PSM ile ilgili bilgilerin sıkıştırıldığı programlar yapılabilir. Çünkü genelde toplumumuzda çocuğu ile ilgilenen; aşısıdır, takibidir, buna götüren kadınlar, anneler olduğu için ve toplumsal olarak bu kadınların çoğunun da ev hanımı olduğunu düşünürsek gündüz kuşağındaki programların etkili olacağını düşünüyorum. Bunlarla ilgili reklamlarla, panolarla zararlı olmadığını anlatılabilir. Bir de cuma hutbelerinde, bayram namazlarında, camilerde hocaların bunları vatandaşa bu şekilde anlatması söylemesi özellikle küçük yerlerde çok etkili olabilir. Köylerde kasabalarda toplu bir şekilde, seminer tarzı sinema salonunda toplantı tarzı toplayıp insanlara bölüm bölüm bunlar anlatılabilir. Kişilerin düşünceleri yanlış olsa bile rahat rahat soru sorup cevap alınabileceği bir ortam yaratılırsa, bu güzel bir dille anlatılırsa etkili olacağını düşünüyorum.’ (Dr. P4, 28, pratisyen)

Görüşmecilerden iki tanesi topuk kanında taranan KF hastalığının tedavi ile önlenemeyecek olması nedeniyle taranmasının gereksiz olduğunu düşündükleri görülmüştür. Dr. P3 bu konuda şöyle düşünmüştür:

‘Topuk kanında taradığımız KF engellenebilen bir hastalık olmadığı için, sadece kişinin yaşam şeklini etkileyebileceği için, önleyemeyeceğimiz bir hastalık olması açısından bence gereksiz olmuş. İleri yaşlarda da teşhisi konulabilir. Ama bu hastalık engellenemez. Bunu taramak bizi yormuyor. Ama ben bunun gereksiz olduğunu düşünüyorum.’ (Dr. P3, 35, pratisyen)

Dr. U1 de bu konuya değinerek KF'nin topuk kanı taramasında diğer taramalardan farklı olduğunu dile getirmiştir:

'KF bizim tedavi amacıyla yaptığımız taramalardan değildir. Bizim primer korumadaki maksadımız neydi? Erkenden tespit edip tedavi etmek. KF aslında bir tedavi yöntemi değildir yani çocukta KF var ise vardır. Sizin buna erken tanı koymanız maalesef hastalığı yok etme şansını vermiyor. Belki KF burada gereksiz olarak görülebilir diğerleri kadar çok etkin değil.' (Dr. U1, 37, uzman)

Yine iki görüşmeci topuk kanı taramasına girmesi planlanan konjenital adrenal hiperplazinin ulusal topuk taramasına girmesinin yararlı olacağını düşünmüşlerdir.

Dr. P1 AHBS sistemi üzerinden kişinin hastalıklarının ve mevcut sağlık durumunun hekime yeni bir pencerede aktarılmasının kişiye sunulacak olan hizmetin kalitesini ve etkinliğini arttıracaklarını ifade etmiştir. Bunun yazılımsal bir programla düzeltilebileceğini ifade etmiştir. Ayrıca hastanın laboratuvar sonuçlarına ve bazı bilgilerine hekimin daha kolay ve hızlı bir şekilde ulaşmasının kişiyi yönlendirmede etkili olacağını belirtmiştir.

'Hasta geldiğinde hastalığıyla ilintili olabilecek genetik faktörler, ailevi hastalıklar gibi durumların sistemde ekranda görülmesini istiyorum. En azından hangi sebeplerle hastaneye gitmiş, kardeşlerinin hastaneye gitme nedenleri, kısa bir aile geçmişi gibi şekilde görebilmeyi isterim. Hastanın ebeveynlerinin dile getirmedeği belki önemsiz bulup söylemek istemediği şeyleri görebilme fırsatı verebilir. İkincisi ise uygulanan tetkiklerin olabildiğince kısa sürede bizlere geri dönüşümün olması lazım. Hastanelerle entegrasyon konusunda hâlâ istediğimiz yerde değiliz. Biz yine müdürlük aracılığıyla bunlara ulaşabiliyoruz. Oysa bu tetkiklerin sonucunu fazla görebilmek çok önemli. Özellikle 0-2 yaş grubunda. Örnek vermek gerekirse topuk kanları ile ilgili alınan sonuçların yapılan kurumdaki sonucunu görebilmeniz, oradan müdürlüğe müdürlükten bize olması bize zamanı iyi kullanmamayı sağlıyor. Bununla ilgili altyapı hala tam istediğim düzeyde değil. Bilgi paylaşımında sıkıntılar var. Hasta mahremiyeti gibi. Bu yaş aralığındaki çocukların bilgilerine ulaşmak için sistemde daha iyi bir altyapı uygulanması gerektiğini düşünüyorum.' (Dr. P2, 52, pratisyen)

Bu bölümde hekimlerin PSM uygulamalarının uygulanmasını etkileyen bazı etmenlerden sistem ile ilgili faktörler ele alınmıştır. Görüşmecilerin çoğu 0-2 yaş PSM uygulamalarının aile hekimi başına düşen nüfustan etkilendiğini belirtmişlerdir. Görüşmecilerin çoğu hekimlerle beraber toplumun sağlığının korunmasında ailelerin de bir şekilde sorumluluk altına alınması gerektiği görüşünü savunmuşlardır. Çocuğun hayatını etkileyecek durumların ailelerin inisiyatifine kalmayacak kadar elzem

olduğunu düşünenler çoğunlukta olsa da bazı görüşmeciler bunun ailenin isteğine bırakılması gerektiğini savunmuşlardır. Görüşmecilerin çoğu ailelerin, medyanın gücünden de faydalanılarak gerek sağlık programları gerekse de kamu spotlarında 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarına yer verilerek bilinçlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Görüşmecilerin uygulamalardaki kısıtlıklar ile ilgili çözüm önerileri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Aile hekimlerinin uygulamalardaki kısıtlıklar ile ilgili çözüm önerileri

Aile hekimlerinin uygulamalardaki kısıtlıklar ile ilgili çözüm önerileri	
Eğitime ilişkin faktörler	Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi sırasında yapılandırılmış eğitime gereksinim vardır. Uzmanlık eğitiminde e-ASM uygulamasının yaygınlaşması gerekmektedir. Hizmet içi eğitimin sayı ve niteliğinin artırılması gerekmektedir.
Ailelere ilişkin faktörler	Ailelerin farkındalığının artırılması gerekmektedir. Ailelerin uygulamalara ortak edilmesi gerekmektedir.
Hekimlere ilişkin faktörler	Hekimlerin rehberlerde önerilen tüm uygulamaları uygulaması gerekmektedir.
Sisteme ilişkin faktörler	Hekim başına düşen nüfusun kademeli olarak azaltılması gerekmektedir. 0-2 yaş aralığında negatif performans uygulamasının devamı olmalıdır. Aileye uygulamalara katılım için yasal zorunluluk getirilmesi gerekmektedir. Medya ve sağlık programlarıyla 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarını teşviki sağlanmalıdır.

5. TARTIŞMA

Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'ye bakış açılarını ve uygulamalardaki sınırlılıkların nedenlerini belirlemeye çalışan bu araştırmada, nitel araştırma felsefesi benimsenmiş, hekimlerin deneyimleri derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi yöntemiyle ele alınmıştır. Nitel araştırma yöntemini kullanan bu araştırmada, görüşmecilerin deneyimleri ve görüşleri ışığında hekimlik uygulamaları ve bu uygulamalardaki sınırlılıklar anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu araştırmayla varılan sonuçların tüm aile hekimlerine genellenemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Görüşmecilerin ifadelerine dayanarak aile hekimliği pratiğinde zaman zaman 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarında sınırlılıklar olduğu söylenebilir. Araştırmanın en önemli bulgusu, PSM uygulamalarının kısıtlı olmasında hekimlik yaklaşımı ve ailelerin yaklaşımının önemli bir belirleyici olduğudur. Görüşmecilerin çoğu PSM'nin hasta ve hekim için gerekli olduğunu, erken tanı ve tedaviye katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Görüşmecilerin ifadelerinde gerek mezuniyet öncesi ve sonrası gerekse de uzmanlık eğitimi sırasında PSM ile ilgili yapılandırılmış yeterli bir eğitim almadıkları anlaşılmıştır. Çoğu görüşmeci ailelerin bu uygulamalara yönelik farkındalığının düşük olduğunu belirtmişlerdir. Yine görüşmecilerin çoğu 0-2 yaş aralığının hassas olması nedeniyle bu yaş aralığındaki PSM'nin eksiksiz olarak yapılabilmesi için negatif performans sisteminin devam etmesini istemiş bunun yanında ailenin de bu uygulamalara katılım açısından yasal olarak sorumlu tutulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Araştırmaya başlarken 'aile hekimliği uygulamalarında 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'yi kısıtlayan nedenler nelerdir?' sorusuna olası yanıt olarak araştırmacının tahminlerinden biri, aile hekimlerinin farkındalık eksikliği olabileceği olmuştur. Literatürde bu konu ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda birinci basamak hizmeti sunan hekimlerin PSM ve uygulama rehberlerini hekimlik uygulamaları yönünden önemli buldukları görülmüştür (99-102).

Farklı uzmanlık alanlarında çalışan ve birinci basamak hizmeti veren hekimlerin yıllık fizik muayenelere yönelik tutumlarının incelendiği bir çalışmada hekimlerin %65'inin yıllık fizik muayenenin gerekli olduğuna inandıkları, %74'ünün ise

hastalıkların erken dönemde saptanmasında önemli olduğunu düşündükleri belirtilmiştir (103).

2003 yılında Japonya’da birinci basamakta çalışan 1971 hekimin katılımı ile gerçekleşen bir çalışmada ise hekimlerin %85’inin periyodik muayenenin yararlı olduğunu ve erken teşhis, tedavide etkili olduğunu düşündükleri belirtilmiştir (104).

Katar’da birinci basamakta çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada hekimlerin %66’sının PSM’nin hastalara yönelik hizmeti geliştirdiğine inandıkları görülmüştür (105).

2015 yılında 5183 aile hekimi ile Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada aile hekimlerinin %81,3’ünün PSM’nin hastalıkların erken dönemde tespitinde etkili olduğunu, %78,1’inin PSM’nin hastalar için ve %74,3’ünün ise PSM’nin hekim için gerekli olduğunu düşündüğü görülmüştür (106).

Çalışmamızda, aile hekimlerinin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM’nin önemi hakkında farkındalığının olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Görüşmecilerin çoğu PSM’nin hasta ve hekim için gerekli olduğunu ve hastalıkların erken dönemde tespitinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu, aile hekimlerinin birincil korumada PSM’yi yüksek düzeyde etkili gördüğünü gösteren bir sonuçtur.

Literatürde kanıta dayalı olarak planlanan PSM’nin maliyet etkin olduğundan bahsedilmektedir (30, 41). Çalışmamızda görüşmecilerin çoğu PSM’yi maliyet etkin olarak tanımlamış ve PSM’nin zaten temel olarak bu çerçevede geliştiğini belirtmişlerdir. Bu tanımlamaya bakıldığında literatür ile benzer bulunmuştur.

Mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitime yönelik hazırlanan ulusal çekirdek eğitim programında koruyucu hekimlik ve toplum hekimliği uygulamaları başlığı altında; bağışıklamanın yürütülmesi, topluma sağlık eğitimi verebilme, periyodik muayene, kontrol (kardiyak risk hesaplama, adölesan danışmanlığı, tütün danışmanlığı, kanser taraması vs.) gibi temel hekimlik uygulamalarının öğretilmesi amaçlanmıştır (107). Çalışmamızda ise görüşmecilerin PSM’nin işlev ve içeriğinden bahsederken PSM’ye ilişkin örnek ve ifadelerinin, temel düzeyde de olsa yapılandırılmamış olduğu görülmüştür. Görüşmecilerin bir kısmı, mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında 0-2 yaş

PSM'yi deyim yerindeyse *bir yerlerde* duyduğunu ifade ederken görüşmecilerin çoğu ise bu başlık altında yapılandırılmış bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Görüşmecilerin ifadelerine bakılarak uzmanlık eğitiminde de 0-2 yaş PSM'ye ilişkin yapılandırılmış yeterli bir eğitim verilmediği görülmüştür. Aile hekimliği uzmanları ve araştırma görevlilerinin çoğu 0-2 yaş PSM ile ilgili yapılandırılmış yeterli bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Mezuniyet öncesi veya sonrası yapılandırılmış yeterli eğitimin verilmemesi hekimlerin bu konuda yeterli bakış açısına sahip olmamasını etkilemektedir.

Literatürde tanımlanan PSM başlığı altında bağışıklama, tarama, risk değerlendirmesi ve eğitimden bahsedilmektedir (55, 56). 0-2 yaş PSM içeriği ve işlevine yönelik tanımlamalarda çoğu hekim tarama ve bağışıklık konusunu çeşitli örneklerle ifade ederken risk değerlendirmesi ve hasta eğitiminden birkaç hekim dışında neredeyse hiç bahsedilmemiştir. Hekimler çeşitli nedenlerle risk değerlendirmesi ve hasta eğitimine değinmemiş olabilir. PSM eğitiminin yetersizliği ve koruyucu sağlığa yeterince yer vermeyen tıp anlayışı bu nedenlerden ikisidir. Bu bulgu, hekimlerin zihinlerindeki PSM uygulamalarının belirsiz ve düzensiz oluşunu etkileyen bir sonuç olarak görülebilir. Risk değerlendirmesi ve hasta eğitiminin yer aldığı uygulama ve eğitimlere yer verilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Aile Hekimliği Kanunu (2004) ve Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği (2010), çocukluk çağı aşı uygulamaları yanı sıra hamile kadınların, bebeklerin ve küçük çocukların takip oranlarının aylık olarak %98'den fazla olmasını gerektirmektedir. Söz konusu oranların %98 ve daha az olması durumunda aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı devlet tarafından aylık performansa dayalı olarak verilen maaşın %2'si ile %10'u arasındaki bir kesintiyle karşılaşabilmektedir (108, 109). Dolayısıyla para kesintisi caydırıcılığı nedeniyle uygulamaların yapılmasını sağlamanın yanısıra bazen uygulamaların sadece zorunlu performansta olan kısımlarının yapılmasına da neden olmaktadır.

2017 yılında 3025 kişiyle yapılan bir çalışmada sağlam çocuk izlemi için bir sağlık kuruluşuna başvuran çocukların %91,9'unun boy ölçümü, %93,1'inin ağırlık ölçümünün yapıldığı ancak %76,4'üne yaşına uygun beslenme önerilerinde

bulunulduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bu çocukların %91,1'ine yaşına uygun aşı yapıldığı, %96,8'inin topuk kanının uygun zamanda alındığı ve %92'sine işitme taraması yapıldığı saptanırken çocukların ancak %79,6'sına kalça çıkığına yönelik tarama uygulandığı gözlenmiştir (110).

2017 yılında Türkiye'de 178 aile hekimi üzerinde yapılan bir çalışmada ise en fazla yapılan uygulamaların %89 ile aşılama ve topuk kanı alınması olduğu, en düşük yapılan uygulamaların da %53 ile göz taraması, %49 ile 0-5 yaş grubu çocuklarda kaba-motor ve ince- motor gelişimi ile ilgili izlenimleri ve %24 ile kan basıncı ölçümü olduğu görülmüştür (111). Bu çalışmada da görüldüğü gibi bazı uygulamaların daha düşük yapılmasının nedeni uygulamaların zorunlu performans sisteminde yer almaması olabilir.

2015 yılında ülkemizde birinci basamak hekimlerinin PSM hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği 629 aile hekimiyle yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %68,4'ü (n=430) birinci basamakta PSM, tarama ve danışmanlık hizmetlerinin yeterli sunulmadığını düşündüğünü belirtmiştir (112).

Nitekim çalışmamıza katılan görüşmecilerin çoğu 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'yi tam olarak uygulamaya çalıştıklarını belirtmişler de birinci basamakta çalışan diğer hekimlerin çoğunun PSM'nin performansa dayalı kısımlarını uygulamakta olduğunu düşünmüşlerdir. Bu bulgu, PSM uygulamalarında performans sisteminde yer alan uygulamaların daha yüksek oranda yapıldığını gösteren literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Görüşmecilerin ifadelerine bakılarak hekimler arasında 0-2 yaş arası uygulanan PSM'nin farklı olmasını öncelikle hekimin bulunduğu konum ve çalıştığı birimin özelliklerinin etkilediği görülmüştür. Görüşmecilerin çoğu PSM uygulamalarını kısıtlayan nedenler arasında koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında uğraştığı- bir nevi angarya -olarak gördükleri işleri saymışlardır. Bu işlerle uğraşarak PSM uygulamalarını tam olarak uygulamaya fırsat bulamadıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin, PSM'nin toplumsal işlevi ve öneminin farkında olsalar dahi nüfus yoğunluğunu ve zaman kısıtlılığını ileri sürmeleri nedeniyle bu uygulamalara tam olarak vakit ayırmadığı düşünülebilir.

Ülkemizde aile hekimi başına düşen nüfus sayısı 2016 yılında ortalama 3267 kişi olmuştur. Bu sayı dünyada 1500'lere kadar düşmektedir (113). Zaman kısıtlılığı, hastaya ayıracağı zamanı kendisi belirlemeyen hekimler tarafından 0-2 yaş PSM uygulamalarına en önemli sınırlayıcı olarak vurgulanmıştır. Çalışmamızda uygulamalara etki eden faktörlerden ikisinin hekimin birimine kayıtlı nüfus ve günlük poliklinik muayene sayısı olduğu görülmüştür. Görüşmeciler arasındaki konum ve 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulaması farklılıkları karşılaştırıldığında, nüfus sayısı az olan hekimlerin zaman sorunu yaşamadıkları görülmüştür. Birinci basamakta günlük poliklinik sayısı fazla olan ve koruyucu sağlık hizmetleri dışında angarya olarak nitelediği işlerle de uğraşan hekimlerin bu uygulamalara yeterince zaman ayıramadıkları ve performans odaklı çalıştıkları görülmüştür. Bu konu, sağlık politikalarının sağlık sistemine etkisi ve aile hekimi başına düşen nüfusun hastaya ayrılan zamanı azaltmasıyla açıklanabilir. Bu sistemin sonucu olarak, hekimin daha fazla sayıda hasta bakmasıyla hekimin zaman kısıtlılığı ve stres altında çalışmak zorunda bırakılmaktadır.

Görüşmecilere aile hekimliği uygulamasında önerilen PSM ve tarama testleri rehberine ulaşım ve bu rehberi günlük pratiklerinde kullanma durumları sorulmuştur. Literatürde Kanada'daki hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik tercihleri ve tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada hekimlerin %34,2'sinin karar verme sürecinde klinik rehberlerden etkilendiklerini belirtmiştir (102).

2017 yılında Türkiye'de 178 aile hekimi üzerinde yapılan bir çalışmada ulusal PSM rehberini hekimlerin %31,4'ü hiç okumadığını ifade ederken %33,5'i kısmen okuduğunu ifade etmiştir (111).

Çalışmamızda görüşmecilerin yalnızca bir kısmının günlük pratiğinde rehberleri tam olarak kullandığı ve bu rehberlerdeki önerilerin tamamını uyguladıkları görülmüştür. Diğer hekimlerin ise bu rehberlerden kısmen haberdar olduğu ve genellikle uygulamaların performansta olan kısmını uyguladıkları görülmüştür.

Literatürde rehber kullanımlarındaki engeller arasında hekimlerin en fazla oranda zaman faktörünü belirttikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada rehberlerin kullanımı ile ilgili çevresel engeller arasında hekimlerin %13'ü zamanın yeterli

olmamasını sıralamıştır (114).

Başka bir çalışmada da PSM rehberini kullanan hekimlerden %16'sının rehber kullanımının zaman alıcı olduğu yönünde görüş belirttiği görülmüştür (115).

Birinci basamak hekimlerinin KDT uygulamaları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamak hekimlerinin %58,3'ü bu uygulamaların hekimlere iş yükü getirdiğini ifade etmişlerdir (105).

Hekimlerin rehberlere uyumu ile ilgili 76 makale ile gerçekleştirilen bir çalışmada 85 adet çevresel faktörün 45'inin çevresel faktörler ile ilişkili olduğu ve bu faktörlerden 11'inin zamanın yeterli olmaması ile ilgili olduğu saptanmıştır (116).

Çalışmamızda görüşmecilerin yarısı 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamaları ve rehber kullanımı için yeterli zamanının olduğunu belirtse de birinci basamakta çalışan diğer hekimlerin çoğunun rehber kullanımının çok düşük oranda olduğunu düşündükleri görülmüştür. Mevcut bulgular ve literatür incelendiğinde elde edilen sonuçlar hekimlerin zamanın yeterli olmaması, iş yükü, rehberlere yönelik farkındalık eksikliği gibi nedenler ile rehber kullanımının kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Literatürde rehber kullanımı ile ilgili engellere yönelik çalışmalar incelendiğinde yapılan bir çalışmada hekimlerin sadece %20'sinin rehberlerin kopyasına ulaşabildiklerini belirtmiştir (117).

Yapılan bir çalışmada rehber kullanımındaki farkındalık eksikliğinde en önemli faktörün etkisiz pasif yayımlama stratejisi olduğunu belirtmiştir. Rehberlerin elektronik posta yoluyla gönderilmesinin rehberlerin aile hekimlerine ulaştırılmasında etkili bir yol olmadığını savunmuşlardır. Yapılan farklı çalışmalarda da elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir (118).

Başka bir çalışmada ise birden fazla yolla rehberlerin yayımlanma stratejilerinin iletişimin etkililiğini arttırdığı ve erişime yönelik en iyi yolu seçme konusunda olanak tanıdığı yönünde bulgular saptanmıştır (119).

ABD’de 2004 yılında yapılan çalışmada PSM rehberini farkında olan 257 hekimin %29’u rehberlere erişim ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (115).

Çalışmamızda görüşmecilerin çoğunun gerek sağlık bakanlığının rehberleri basılı olarak dağıtması gerekse de internet üzerinden bu rehberlere kolayca ulaşımın olması nedeniyle rehberlere ulaşmada sıkıntı çekmediklerini ifade ettikleri görülmüştür. Bu bulgunun literatürden farklı olması gelişen internet ağı ile istenen rehberlere ulaşımın giderek kolaylaşması ve ülkemizde sağlık bakanlığının uyguladığı rehberlerle ilgili dağıtım ve ulaştırma politikasının etkin olmasıyla açıklanabilir.

Diğer taraftan literatürde PSM’nin uygulanması için zorunluluk getirilmediği taktirde düşük oranlarda uygulanacağı belirtilmiştir. Literatürde Japon birinci basamak hekimlerin PSM’nin etkili olduğuna inanmalarının en önemli sebebi PSM’nin kanunlar tarafından zorunlu hale getirilmiş olmasından kaynaklandığı, diğer sebebin ise Japonya’daki tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimlerin içerisinde PSM’ye ilişkin eğitimsel faaliyetlerinde bu sonuca katkı sağladığı olarak görülmüştür (104).

2015 yılında 5183 aile hekimi ile Türkiye’de gerçekleştirdiği çalışmada aile hekimlerinin %31,3’ü pozitif performans ile PSM’nin zorunlu hale getirilmesini istediklerini belirtmiştir. Hekimlerin sadece %14,7’si PSM’nin negatif performans ile zorunlu hale getirilmesini onayladıklarını belirtmişlerdir (106).

Çalışmamızda ise görüşmecilerin çoğu 0-2 yaşın önemi dolayısıyla özellikle bağışıklama ve tarama gibi önemli uygulamaların negatif performans ile değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Çalışmamızda bu bulgunun literatürden farklı olmasının nedeni hekimlerin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarını olmazsa olmaz bulmalarından kaynaklandığı görülmüştür. Hekimlerin çoğu şu an mevcut olan negatif performans sisteminin devamını istemişlerdir. Hekimler arasında özellikle 0-2 yaştaki PSM uygulamalarını bir hekimin aksatmaması gerektiği, zaten bu bilinçle yetişmiş olması gerektiği ancak çoğu hekimin eğitim hayatı boyunca yapılandırılmış bir eğitim almadığı ve bu kültürün hekimlerde oluşmadığı düşünüldüğünde hekimin inisiyatifine bırakılmaması gerektiği görüşü hakimdir.

Görüşmecilerin bir kısmı birinci basamakta uzmanlaşmanın önemini vurgulamış ve uzmanlaşmanın birinci basamakta yaygınlaşması gerektiğini belirtmişlerdir. Birinci basamakta geçici veya rahat bir basamak olarak kullanan hekimlerden ziyade koruyucu-savunucu görevlerini sağlam temellere dayandırarak eğitilmiş aile hekimliği uzmanlarının sayısının artması gerektiği ifade edilmiştir. Böylece bilimsel temeller üzerine eğitilmiş aile hekimliği uzmanlarının toplumun sağlığının korunmasında daha önemli bir rol alacağı vurgulanmıştır.

PSM uygulamalarını etkileyen önemli faktörlerden birisi de ailelerin farkındalığı ile ilgilidir. Görüşmecilerin çoğu hekimlik yaklaşımının yanısıra 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarında ailelerin farkındalığının da etkili olduğunu düşünmüşlerdir. Toplumda bu konu ile ilgili bilgi ve farkındalık eksikliğinin olduğu, çeşitli nedenlerle ailelerin direnciyle karşılaşılabilirdiği ifade edilmiştir. Toplumumuzun ne yazık ki birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili yeterince farkındalığının olmaması, bunu gereksiz görmeleri hatta bunu hekimin adeta parası kesilmesin diye zorunlu olarak yaptığını düşünmesi PSM uygulamalarında kısıtlılıklar meydana getirmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada gelir düzeyi en düşük olanlarda rutin sağlam çocuk kontrolüne getirilenlerin oranı en düşük (%21,3) iken gelirin artması ile kontrol oranının da arttığı ve en yüksek gelir düzeyindeki çocukların sağlam çocuk kontrolüne getirilme oranının %45,4'e çıktığı gözlenmiştir. Çalışmamızda ise görüşmecilerin çoğu sosyoekonomik düzeyi düşük olarak kabul ettiğimiz ailelerin gelenekçi yaklaşımından dolayı; sosyoekonomik düzeyi ortanın üstü ve iyi olanların ise bilgi kirliliğinden dolayı direnç gösterdiklerini ifade etmişlerdir. En uyumlu kesimin bu ikisinin ortası olduğunu belirten görüşmeciler bu kesimin kendilerini daha iyi dinlediğini; bir nevi daha uyumlu olduklarını belirtmişlerdir.

Görüşmecilerin çoğu toplumsal farkındalığı arttırmak için mevcut sistem tarafından ailelerin farkındalığının artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bunun nasıl sağlanması gerektiği konusunda görüşmecilerin *medyanın gücüne* işaret ettikleri görülmüştür. TV izlenme süresinin toplumumuzda yüksek olması nedeniyle farkındalık oluşturulması için TV'de sağlık programlarına ayrılan sürenin artırılması ve bu programlarda 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarının

gereğinin ve öneminin belirtilmesi gerektiği açıkça görülmektedir. RTÜK tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada toplumumuzda TV izlenme süresinin hafta içi $3,7\pm2,3$ saat, hafta sonu $4,4\pm2,3$ saat ile dünyada üst sıralarda olduğu belirtilmiştir (120). Kamu spotlarıyla 0-2 yaş aralığının önemi ve uygulamalar, toplum tarafından kabullenecek şekilde anlatılması gerekmektedir. Topluma hep bir ağızdan aynı şey söylenerek bilgi eksikliklerinin ve daha önemlisi bilgi kirliliğinin ortadan kaldırılması şüphesiz bu uygulamalara direnci ortadan kaldıracaktır.

Diğer taraftan PSM uygulamalarının sadece hekimin veya aile sağlık elemanının performans altına alınmasıyla sürdürülmesinin uygulamalara katılımı etkilediği ve bunun ailenin isteğine bırakılırsa keyfi uygulamaların olabileceği çoğu görüşmeci tarafından ifade edilmiştir. Türkiye’de 2004 yılından beri ebeveynlere finansal teşvik olarak uygulanan Şartlı Nakit Transfer Programı ile düşük gelirli annelere 0-6 yaş arasındaki her bir çocuk için aylık ödeme yapılarak çocukların düzenli aile hekimi ziyaretlerini güvence altına almaya çalışılmaktadır. Söz konusu program 0-6 aylık bebeklere aylık sağlık muayenesi, 7-17 aylık çocuklara 2 ayda bir sağlık muayenesi ve 18-72 aylık küçük çocuklar için altı ayda bir sağlık muayenesi yapılmasını şart koşturmaktadır. Bu programdan yararlanan bir annenin ödemeleri, çocuğun planlanan ziyaretlerinden ikisinin kaçırılması halinde askıya alınmaktadır (121). Bu program aile hekimi ziyaretlerini güvence altına almaya çalışmasına rağmen ailenin isteğine bağlı olarak bazı uygulamaların (tarama, bağışıklama vb.) yaptırılmaması ya da maddi durumu görece olarak iyi olan ailelerin bu programdan yararlanmaması uygulamalarda aksaklıklara neden olabilmektedir. Dolayısıyla çoğu görüşmeci ailelerin bu uygulamalara ortak edilmesi gerektiğini ve ailelere gerek para kesintisi gerek sosyal güvence kesintisi gibi maddi açıdan performans uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Görüşmecilerin bir kısmı bağışıklama konusunun hassaslığı bakımından ailenin inisiyatifine bırakılmaması gerektiğini ve aşı reddi gibi durumlarda kanuni zorunluluk getirilerek aşılmanın yapılması gerektiğini savunmuşlardır. Türkiye’de aşırı reddeden aile sayısı 2011 yılında 183 iken, yıllar geçtikçe bu sayı yükselmiş ve 2013’te 913, 2015’te 5091, 2016’da 10,000’in üzerine çıkmıştır. Türkiye’de 2016 yılı itibari ile genel bağışıklanma oranının %95 civarında olduğu bilinmekle birlikte, aşı

retleri giderek büyüyen bir sağlık tehdidi olabilecektir. Bununla birlikte DSÖ'nün verilerine göre aşı yaptırmaması için hiçbir ekonomik, sosyal ve yasal engelin olmadığını düşünülen Avrupa'da ve Amerika'nın birkaç eyaletinde bağışıklanma oranlarında 2012 ile 2016 yılları arasında %2–4 oranında düşüşler olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin aşı karşıtı söylemler ile ortaya çıkan aşı reddinden kaynaklandığı düşünülmektedir (122).

Devlet politikalarına baktığımızda Amerika'da aşı uygulaması zorunlu olmakla birlikte 'dini, tıbbi, felsefi muafiyet' gibi maddelerde esneklik kazandırılmıştır. İngiltere, Kanada ve İsveç'te gönüllü aşılama programları uygulanırken, devlet toplumsal aşılama oranlarını yüksek tutmak için sağlık sunucuları ve sağlık hizmeti alanlara pozitif finansal teşvikler uygulamaktadır. Belçika ve Polonya'da ise aşı retleri hapis veya yüksek para cezaları ile cezalandırılmaktadır. Türkiye'de zorunlu aşılama uygulanmakla birlikte aşı reddine karşı hukuki bir düzenleme mevcut değildir. Toplumun aşılama yüzdesi ile devlet politikaları arasında net bir ilişki yoktur. Gönüllü aşılama politikası izleyen devletlerin aşılama oranları, zorunlu aşılama politikası izleyen devletlerden geride değildir. Aşılama reddeden vakaların durumuna göre yeni düzenlemelere ihtiyaç olabilecektir (122).

PSM'ye ilişkin sınırlılıkları hekimlerin deneyimlerinden yola çıkarak ele almaya çalışan bu araştırma, bilgimize göre bu alanda yapılan ilk nitel çalışma olup, koruyucu ve savunucu hekimlik anlayışının gereklerinden biri olan 0-2 yaş PSM uygulamalarındaki sınırlılıkları ve bunun çeşitli nedenlerini ortaya koymaya çalışmıştır. Bu araştırma ile 0-2 yaş PSM'nin aile hekimliği uygulamalarında hak ettiği yeri alabilmesi için, tıp ve uzmanlık eğitiminde sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve hekimin toplumsal sorumluluklarının öğretilmesi, yapılandırılmış bir PSM eğitiminin sağlanması, toplumda sağlık bilincinin oluşması ve mevcut sisteme yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesinin gerektiği sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimlerinin 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamalarına bakış açısını derinlemesine keşfetmeyi ve uygulamalardaki kısıtlılığa neden olan faktörleri bütüncül olarak incelemeyi amaçlayan bu araştırma, bazı sonuç ve önerilerin geliştirilmesine katkı sunmuştur.

Aile hekimlerinin 0-2 yaş PSM uygulamalarının gerekliliği ile ilgili yeterli farkındalığının olduğu görülmüştür. Görüşmecilerin ifadeleri, aile hekimlerinin PSM tanımlarının geniş, yapılandırılmamış olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte içerik analizleri, PSM'ye ilişkin ifadelerin iki ana tema etrafında şekillendiğini göstermektedir; koruyucu sağlık, maliyet etkinlik.

Aile hekimlerinin tanımladığı 0-2 yaş PSM uygulamalarının odağında; öncelikle koruyucu sağlık bulunmaktadır. Koruyucu sağlık teması altında erken tanı tedaviye imkan sağlaması, toplum sağlığının geliştirilmesi ve toplumsal bilgilendirmeyi sağlaması 0-2 yaş PSM uygulamalarının önemli bir bileşenleri olarak görülmektedir. Hekimler, toplumun sağlığının geliştirilmesi gerektiğini ve bunun sürdürülebilir olmasının toplumsal bilinçlenmeyle oluşacağını vurgulamışlardır. Maliyet etkinlik PSM uygulamasının esas amacı olarak vurgulanmış ve PSM uygulamalarının bu özelliğiyle hem devlete hem bireylere katkısının özellikle uzun dönemde etkili olacağı belirtilmiştir. Bu nedenle hekimlik uygulamalarının önemli bir belirleyicisi olan sağlık sistemi, aile hekiminin koruyucu ve savunucu görevlerini gerçekleştirmesine olanak verecek şekilde düzenlenmelidir.

Görüşmecilerin ifadelerinde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ve uzmanlık eğitiminde 0-2 yaş PSM'nin yeterli ve yapılandırılmış olarak öğretilmediği görülmüştür. Kimi görüşmeciler bu konuların bazı derslerde deyim yerindeyse *bir yerlerde* anlatıldığını ifade etmiştir. Uzmanlık eğitiminde ise 0-2 yaş PSM'nin zaten biliniyor kabul edildiği, bu konunun yapılandırılmış olarak anlatılmadığı, daha ziyade yaşayarak, kulaktan dolma bir şekilde ve etkileşimle öğrenildiği belirtilmiştir. Uzmanlık eğitiminde e-ASM'de çalışma imkanı bulan hekimlerin bu uygulamalarla daha erkenden haberdar olduğu ve kendi imkanlarıyla uygulamaları öğrendikleri görülmüştür. Aile hekimliği sistemine girdikten sonra eğitim aldığını belirten

görüşmeciler bu eğitimlerin her yerde aynı yoğunlukta olmadığını ve eğitimlerin bazen yetkin olmayan kişilerce verildiğini vurgulamışlardır.

Araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi, sağlığın biyolojik boyutuna odaklanan tıp eğitimi, PSM uygulamalarının niteliğini belirleyen önemli faktörlerden biridir. Hekimlerin nitelikli bir eğitim sürecinden geçerek insana ve sağlığa bütüncül bakmaları sağlanmalıdır. Bu nedenle tıp ve uzmanlık eğitimlerinin sosyal bilimleri, sağlığın sosyal belirleyicilerini ve hekimin bu konudaki görevlerini kapsayacak bir biçimde yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminde yapılandırılmış PSM eğitiminin gerektiği ve uzmanlık eğitimi sırasında e-ASM'lerin yaygınlaşması gerektiği görülmüştür. Aile hekimliği sistemine geçen bir hekimin bunlarla ilgili teorik ve pratik eğitimleri yetkin kişiler tarafından alması ve bu eğitimlerin sayı ve sıklığının yanı sıra niteliğinin de artması gerekmektedir. Bu nedenle hekimin koruyucu-savunucu görevlerini öğreten bir eğitim sistemine gereksinim duyulmaktadır.

Hekimlik yaklaşımı PSM uygulamalarının en önemli bileşenlerinden biridir. Çalışmamıza katılan görüşmecilerin çoğu 0-2 yaş PSM uygulamacını tam olarak yapmaya çalıştıklarını belirtse de birinci basamakta çalışan hekimler arasında performans odaklı bir yaklaşımın olduğu görülmüştür. Hekimlerin geniş PSM tanımlarının aksine, bazı zamanlar uygulamalarda kısıtlılıklar olduğu söylenebilir. Bulunduğu konum ve o sırada çalıştığı birimden etkilenmekle birlikte, aile hekimleri performansta olmayan uygulamaları sorgulamamaktadır. Zaman kısıtlılığı PSM uygulamalarının önemli bir sınırlayıcısıdır. Hekimlerin çoğu zaman kısıtlılığının PSM'de en büyük sınırlayıcı olduğunu düşünmüşlerdir. Zaman söz konusu olduğunda, sadece nüfus sayısının düşürülmesi değil gereksiz angaryaların kaldırılmasını istediklerini vurgulamışlardır. Zaman problemi yaşamadıklarını belirten görüşmecilerin, görece olarak nüfus yoğunluğu az olan bölgelerde çalıştıkları görülmüştür.

Aile hekimi başına düşen nüfusun kademeli olarak düşürülmesi, aile hekimlerinin angarya işlerden kurtarılıp esas olan işine yoğunlaşması sağlanmalıdır. Çünkü bu durum toplum sağlığı için vazgeçilmez bir alan olan koruyucu hizmetlere

engel oluşturmaktadır. Aynı sorun, hekimin hastaya ayırdığı süreyi azaltmaktadır. Zaman kısıtlılığından yakınan hekimler, PSM uygulamaları için hastalarına daha fazla zaman ayırmak istemektedir.

PSM uygulamalarını etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri de ailelerin farkındalığının az olmasıdır. Ailelerin bilgisizliği ya da yanlış bilgi edinmeleri bu uygulamaları etkileyen faktörlerdir. PSM konusunda toplumsal bir farkındalığın henüz tam olarak oluşmadığı görülmektedir.

Bu sebeple ailelerin PSM uygulamasına katılımı oldukça önemlidir. Ailelerde farkındalık oluşturmak adına TV’lerde 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM’nin önemi ve gerekliliğini anlatan sağlık programları ve kamu spotlarına yer verilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu uygulamalarda sadece hekimin sorumluluk altına alınması ve performans uygulanmasının yanısıra ailelerin de bu işe ortak edilmesi ve yasal olarak çeşitli kesintilerle performans uygulanması gerekmektedir.

PSM’nin uygulanabilirliğinin evrensel nitelikleri olabileceği gibi, yerel nitelikleri de vardır. Bu nedenle Türkiye’de PSM ye ilişkin araştırmaların artması, bu alandaki bilgi birikimine katkı sunacaktır. Özellikle farklı şehirlerdeki hekimlerin, bu alanda ortak araştırma yapmaları 0-2 yaş PSM uygulaması ile ilgili bakış açısındaki çeşitliliği artırması açısından gerekli görülmektedir. Birinci basamak hekimlerinin bu uygulamalara bakış açısıyla ilgili yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Global Health Observatory (GHO) data. World Health Statistics [İnternet]. World Health Organization; [Erişim tarihi: 25 Eylül 2018]. Web Sayfası: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
2. Hengstler P, Battegay E, Cornuz J, Bucher H, Battegay M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. Swiss medical weekly. 2002;132(27-28):363-73.
3. Gür E, Perk Y, Ercan O, Uysal S, Söylet Y, Kesmezacar UDH, et al. Sağlam çocuk izlemi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam. 2003.
4. Aile hekimliği. Aile Hekimliği uygulamasının amacı nedir ? [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [Erişim tarihi: 06 Nisan 2018]. Web Sayfası: <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimliginin-tanm/153-aile-hekimlii-uygulamasnn-amac-nedir-.html>.
5. Flinders DJ. InterViews: An introduction to qualitative research interviewing: Steinar Kvale. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996. Pergamon; 1997.
6. Türnüklü A. Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi. 2000;6(4):543-59.
7. Holland W. Periodic Health Examination—. Periodic health examination: history and critical assessment. 2010;15(4):16.
8. Thomson AN. A Survey Of The Present Status Of The Periodic Health Examination. American Journal of Public Health. 1925;15(7):595-8.
9. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine: Oxford University Press; 2009.
10. Beard RR. Periodic Medical Examinations—Disease Detection and Health Promotion. California medicine. 1959;90(6):426.
11. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. Annals of internal medicine. 1997;127(10):910-7.
12. Rakel RE. Textbook of Family Medicine E-Book: Elsevier Health Sciences; 2007.

13. Galdston I. The health examination idea. The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin. 1932;10(2):81-100.
14. Breslow L. Multiphasic screening examinations—an extension of the mass screening technique. American Journal of Public Health and the Nations Health. 1950;40(3):274-8.
15. Woolf SH. The price of false beliefs: unrealistic expectations as a contributor to the health care crisis. The Annals of Family Medicine. 2012;10(6):491-4.
16. Taylor MP. Periodic health examination combined with multiple screening tests in general practice. JR Coll Gen Pract. 1970;19(92):146-57.
17. Hill N, Frappier-Davignon L, Morrison B. The periodic health examination. Can Med Assoc J. 1979;121:1193-254.
18. Canadian Task Force on Preventive Health Care. History [İnternet]. The Canadian Task Force on Preventive Health Care; [Erişim tarihi: 06 Nisan 2018]. Web Sayfası: <https://canadiantaskforce.ca/about/history/>.
19. About the USPSTF [İnternet]. U.S. Preventive Services Task Force; [Erişim tarihi: 09 Nisan 2018]. Web Sayfası: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf>.
20. Clinical Practice Guidelines [İnternet]. AAFP; [Erişim tarihi: 29 Eylül 2018]. Web Sayfası: <https://www.aafp.org/patient-care/browse/type.tag-clinical-practice-guidelines.html>.
21. Tutanak [İnternet]. Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı; [Erişim Tarihi: 29 Eylül 2018]. Web Sayfası: <http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d18/c044/b107/tbmm180441070262.pdf>.
22. Breslow L. V. Periodic Health Examinations and Multiple Screening. American Journal of Public Health and the Nations Health. 1959;49(9):1148-56.
23. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Sarı O. Koruyucu bakımın temel ilkeleri. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2013;4(5):5-12.
24. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Annals of internal medicine. 2002;136(9):652-9.

25. McWhinney IR, Freeman T, eds. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012. p.193-216.
26. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Risk İletişimi ve Risk Yönetimi. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara. 1997:21-59.
27. Public Health Agency of Canada. Chronic Disease Risk Factors [İnternet]. Government of Canada; [Erişim tarihi:15 Mayıs 2018]. Web Sayfası: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-disease-risk-factors.html>.
28. Iglar K, Katyal S, Matthew R, Dubey V. Complete health checkup for adults: Update on the Preventive Care Checklist Form©. Canadian Family Physician. 2008;54(1):84-8.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 13.03.2009/7941.
30. İğde FAA, Gürz AA. Periyodik Muayenede Taramalar. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2013;4(5):43-8.
31. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principles and practice of screening for disease. 1968.
32. Demirsoy N. Epidemiology of cardiovascular diseases/Kardiyovasküler hastalıkların epidemiyolojisi. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2010;4-10.
33. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2012;6(1).
34. Boulware LE, Barnes GJ, Wilson RF, Phillips K, Maynor K, Hwang C, et al. Value of the periodic health evaluation. Evidence report/technology assessment. 2006;136:1-134.
35. Dreeben-Irimia O. Patient education in rehabilitation: Jones & Bartlett Publishers; 2010.

36. Yıldız M, Sak Ö, Akpınar E. Periyodik Sağlık Muayenelerinde Kanıta Dayalı Tıp Uygulaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2013;4(5):13-8.
37. Day E. Is the periodic health examination worthwhile? Some perspectives. *Cancer*. 1981;47(S5):1210-4.
38. Miniño AM, Arias E, Kochanek KD. Final data for 2000. *Natl Vital Stat Rep* 2002;50(15):1-119.
39. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama*. 2004;291(10):1238-45.
40. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidencebased medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5.
41. Shires DA, Stange KC, Divine G, Ratliff S, Vashi R, Tai-Seale M, et al. Prioritization of evidence-based preventive health services during periodic health examinations. *American journal of preventive medicine*. 2012;42(2):164-73.
42. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.
43. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2007;27(3):412-8.
44. McWhinney IR. Teaching the principles of family medicine. *Can Fam Physician* 1981;27: 801-4.
45. Mold JW, Hamm RM, McCarthy LH. The law of diminishing returns in clinical medicine: how much risk reduction is enough? *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2010;23(3):371-5.
46. The European Definition of General Practice / Family Medicine - Edition 2011 [İnternet]. Wonca Europe; [Erişim tarihi: 09 Nisan 2018]. Web Sayfası: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
47. Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarih :25 Ocak 2013 Sayı:28539) [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [Erişim tarihi: 09 Nisan 2018]. Web Sayfası:

<http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/102-gorusler/2372-aile-hekimlii-uygulama-yonetmelii.html>

48. Öztekin Z. Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(2):1-6.
49. Akdeniz M, Aşık Z, Yaman H. Periodic Health Examination. Kanıta Dayalı, Hakemli, Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi.69-84.
50. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012;51(1):21-9.
51. Söyleyici T. Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Denizli uygulaması: Pamukkale Üniversitesi; 2010.
52. Algin K, Şahin İ, Mehmet T. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7(3).
53. Aile Hekimliği. Türkiye'de Aile Hekimliği [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; [Erişim tarihi: 08 Mayıs 2018]. Web Sayfası: <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>.
54. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: 2002. p.81-159.
55. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi Hazırlık Çalışmaları (1). Ankara 2012.
56. Mc Whinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed. Newyork: Oxford University Press; 1997. p.377-80.
57. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk sağlığı. Baskı, Ankara AÜ TF Antıp AŞ Yayınları. 1998:3-13.
58. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bakanlık Yayın No: 991, 2015.
59. Temte J, Campos-Outcalt D. Family physicians and immunizations. American family physician. 2006;74(12):2027.
60. Herman CR, Gill HK, Eng J, Fajardo LL. Screening for preclinical disease: test and disease characteristics. American Journal of Roentgenology. 2002;179(4):825-31.

61. Bakar FT. Genişletilmiş yenidoğan taraması. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*. 2012;21(4):212-23.
62. Fingerhut R, Olgemöller B. Newborn screening for inborn errors of metabolism and endocrinopathies: an update. *Analytical and bioanalytical chemistry*. 2009;393(5):1481-97.
63. Çoker M. Bölüm 29: Taramalar. Coşkun T, Yurdakök M, editörler. 1.Baskı. Ankara: Yenidoğanda Kalıtsal Metabolik Hastalıklar; 2014. p.391-400.
64. Coşkun T. Yenidoğanlarda Metabolik Hastalık Taramaları. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000; 21(2): 151-74.
65. Lloyd-Puryear MA, Tonniges T, van Dyck PC, Mann MY, Brin A, Johnson K, et al. American Academy of Pediatrics Newborn Screening Task Force recommendations: how far have we come? *Pediatrics*. 2006;117(Supplement 3):S194-S211.
66. Çamurdan AD. Taramalar. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrival Sciences*. 2006;2(2):12-26.
67. Guthrie R, Susi A. A simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants. *Pediatrics*. 1963;32(3):338-43.
68. Balk KG. Recommended newborn screening policy change for the NICU infant. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2007;8(3):210-9.
69. Gürbüz BB, Coşkun T. Yenidoğan Döneminde Metabolik Taramalar. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2017;8(5):324-30.
70. Özalp I, Coşkun T, Tokatlı A, Tokol S, Özgüç M, Köksal G, et al. Neonatal PKU screening in Turkey: 7 years experience in a developing country. *Screening*. 1995;4(3):139-47.
71. Prasad C, Dalton L, Levy H. Role of diet therapy in management of hereditary metabolic diseases. *Nutrition research*. 1998;18(2):391-402.
72. Bebek,çocuk,ergen izlem protokolleri[İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı; [Erişim tarihi:17 Mayıs 2018]. Web Sayfası: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/9010,bebek-cocuk-izlem-protokolleripdf.pdf?0>
73. Baykal T, Hüner G, Şarbat G, Demirkol M. Incidence of biotinidase deficiency in Turkish newborns. *Acta Paediatrica*. 1998;87(10):1102-3.

74. Baykal T, Gokcay G, Gokdemir Y, Demir F, Seckin Y, Demirkol M, et al. Asymptomatic adults and older siblings with biotinidase deficiency ascertained by family studies of index cases. *Journal of inherited metabolic disease*. 2005;28(6):903-12.
75. Rastogi MV, LaFranchi SH. Congenital hypothyroidism. *Orphanet journal of rare diseases*. 2010;5(1):17.
76. Hatipoğlu N. Endokrin Hastalıkların Yenidoğan Taraması. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatriral Sciences*. 2015;11(1):164-70.
77. Tezel B, Dilli D, Bolat H, Sahman H, Ozbaş S, Acıcan D, et al. The development and organization of newborn screening programs in Turkey. *J Clin Lab Anal* 2014;28(1):63-9.
78. Rose S, Brown R, Foley T, Kaplowitz P, Kaye C, Sundararajan S. American Academy of Pediatrics Section on Endocrinology and Committee on Genetics, American Thyroid Association Public Health Committee, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism. *Pediatrics*. 2006;117:2290-303.
79. İçke S, Genç RE. Topuk kanı örneği ile yapılan ulusal yenidoğan tarama testleri ve önemi.
80. Çamurdan AD. Yenidoğan İşitme Tarama Programı YİTP) İlkeleri. II. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi. 9 Kasım 2012.
81. Wrightson AS. Universal newborn hearing screening. *Am Fam Physician* 2007;75(9): 1349-52.
82. Force UPST. Universal screening for hearing loss in newborns: recommendation statement. *American family physician*. 2010;81(2):185.
83. Kenna MA. Neonatal hearing screening. *Pediatric Clinics of North America*. 2003;50(2):301-13.
84. Paludetti G, Ottaviani F, Fetoni A, Zuppa A, Tortorolo G. Transient evoked otoacoustic emissions (TEOAEs) in new-borns: normative data. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 1999;47(3):235-41.
85. Erenberg A, Lemons J, Sia C, Trunkel D, Ziring P. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. American Academy of Pediatrics. Task Force on Newborn and Infant Hearing, 1998-1999. *Pediatrics*. 1999;103(2):527-30.

86. Yoon PJ, Price M, Gallagher K, Fleisher BE, Messner AH. The need for long-term audiologic follow-up of neonatal intensive care unit (NICU) graduates. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2003;67(4):353-7.
87. Köse N, Ömeroğlu H, Ozyurt B, Akcar N, Ozcelik A, Inan U, et al. Our three-year experience with an ultrasonographic hip screening program conducted in infants at 3 to 4 weeks of age. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2006;40(4):285-90.
88. Köse N, Ömeroğlu H, Dağlar B. Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı Ve Tedavi Programı. 2010.
89. Ömerog H, Koparal S. The role of clinical examination and risk factors in the diagnosis of developmental dysplasia of the hip: a prospective study in 188 referred young infants. *Archives of orthopaedic and Trauma Surgery*. 2001;121(1-2):7-11.
90. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Bebek Ve Çocuk İzlemleri Protokolü Genelgesi, 2008/45. (Erişim tarihi 12.04.2013).
91. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*. 2007;42(11).
92. Yıldırım A. Nitel araştırma yöntemlerinin temel özellikleri ve eğitim araştırmalarındaki yeri ve önemi. *Eğitim ve Bilim*. 1999;23(112).
93. Bogdan R, Biklen SK. *Qualitative research for education*. 1992.
94. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*: SAGE Publications, inc; 1990.
95. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: Sage; 1985.
96. Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. Nitel bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*. 2011;4(1):95-107.
97. Folch-Lyon E, Trost JF. Conducting focus group sessions. *Studies in family planning*. 1981;443-9.
98. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications; 2017.
99. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, et al. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Annals of internal medicine*. 1994;120(11):956-63.

100. Fang E, Mittman BS, Weingarten S. Use of clinical practice guidelines in managed care physician groups. Archives of family medicine. 1996;5(9):528.
101. James PA, Cowan TM, Graham RP, Majeroni BA. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. The Journal of family practice. 1997;45(4):341-7.
102. Hayward RS, Guyatt GH, Moore K, McKibbin A, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. Canadian Medical Association Journal. 1997;156(12):1715-23.
103. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. Archives of internal medicine. 2005;165(12):1347-52.
104. Miyazaki K, Sato J, Mukohara K, Kitamura K, Saito S, Ban N. Attitudes of Japanese primary care physicians toward publicly endorsed periodic health examinations: a cross sectional survey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2007;8(2):258.
105. Al Kubaisi N, Al Dahnaïm L, Salama R. Knowledge, attitudes and practices of primary health care physicians towards evidence-based medicine in Doha, Qatar. 2010.
106. Tugay D. Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2015.
107. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı- 2014 [İnternet]. Yüksek Öğretim Kurumu; [Erişim tarihi: 25 Eylül 2018]. Web Sayfası:
http://www.yok.gov.tr/documents/10279/38058561/tip_fakultesi_cep.pdf.
108. Aile Hekimliği Kanunu [İnternet]. Mevzuat Bilgi Sistemi, e-Mevzuat; [Erişim tarihi: 16 Eylül 2018]. Web Sayfası:
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>.
109. Aile Hekimliği Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği [internet]. Mevzuat Bilgi Sistemi, e-Mevzuat; [Erişim tarihi: 16 Eylül 2018]. Web Sayfası:
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=3.5.20101237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>.

110. Topal Y, Topal H, İnanç BB, Özkoç HH. Türkiye’de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.4(2):6-10.
111. Yılmaz T. Ankara’daki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk Takibinde Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Adem ÖZKARA).
112. Aydemir S. Birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamasında periyodik sağlık muayenesi konusu hakkında birinci basamaklı klinisyenlerinin bilgi, tutum ve davranışları. 2015.
113. Çeçem K, Üstü Y, Uğurlu M. Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Med J. 2015;15(3):153-60.
114. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implementation Science. 2009;4(1):54.
115. Wolfe RM, Sharp LK, Wang RM. Family physicians’ opinions and attitudes to three clinical practice guidelines. The Journal of the American Board of Family Practice. 2004;17(2):150-7.
116. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. Jama. 1999;282(15):1458-65.
117. Helwig A, Bower D, Wolff M, Guse C. Residents find clinical practice guidelines valuable as educational and clinical tools. Family medicine. 1998;30(6):431-5.
118. Langle C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care--practitioners' perspectives. Family Practice. 1998;15(2):105-11.
119. Pimlott NJ, Persaud M, Drummond N, Cohen CA, Silvius JL, Seigel K, et al. Family physicians and dementia in Canada: Part 1. Clinical practice guidelines: awareness, attitudes, and opinions. Canadian Family Physician. 2009;55(5):506-7. e5.

120. RTÜK Kamuoyu Araştırmaları. Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması-3 (2013) [İnternet]. RTÜK; [Erişim tarihi: 25 Ağustos 2018]. Web Sayfası: <https://www.rtuk.gov.tr/rtuk-kamuoyu-arastirmalari/3890/5232/televizyon-izleme-egilimleri-arastirmasi-3-2013.html>.
121. Şartlı Nakit Transferi Programı [İnternet]. Sektörler Arası Çocuk Kurulu; [Erişim tarihi: 16 Eylül 2018]. Web Sayfası: <http://www.sck.gov.tr/Belgeler/%C5%9EARTLI%20NAK%C4%B0T%20TRANSFER%C4%B0%20PROGRAMI.pdf>.
122. Bozkurt, H. B. Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Kafkas, 71.

8. EKLER

EK 1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/66
Konu : Etik Kurul Kararı

04.01.2018

Sayın: Arş.Gör.Dr.Gökburak ATABAY
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Birinci Basamak Hekimlerinin 0-2 Yaş Periyodik Sağlık Muayenelerine Bakış Açısı; Nitel Bir Araştırma" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADU/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Gökburak ATABAY
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Birinci Basamak Hekimlerinin 0-2 Yaş Periyodik Sağlık Muayenelerine Bakış Açısı; Nitel Bir Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 1 Karar No: 15	Tarih: 04.01.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr.İlker İNCE
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Yrd.Doç.Dr.Zahide KOŞAN
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu İzin Formu



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi

Sn. Gökburak ATABAY
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Yakutiye/ ERZURUM

İlgi: 30.04.2018 sayılı dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Kenan TAŞTAN sorumluluğunda yapılmak istenen "Birinci Basamak Hekimlerinin 0-2 Yaş Periyodik Sağlık Muayenelerine Bakış Açısı; Nitel Bir Araştırma" başlıklı araştırma için Müdürlüğümüzün görüşü istenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusa ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Konuya ilişkin olarak yapılan değerlendirme neticesinde, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerektiği kararı alınmıştır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim etmeniz ve uyarılarımıza hassasiyetle uymanız hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mahmut UÇAR
İl Sağlık Müdürü

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Faka No:

e-Posta:Emine.Sat@sağlik.gov.tr İnt-Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN
Uzman:EBE

Telefon No:0442-234 39 25- Dahili : 1131

Evelden elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 426c241f-4bc3-4b82-a729-a2a4269ac66c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. Derinlemesine Görüşme Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olup öncesinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan onay alınmıştır.

Araştırmamızda, birinci basamak hekimlerinin 0-2 Yaş arası uygulanması gereken PSM'ye bakış açısının incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu eşliğinde yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi kullanılacaktır. Görüşme ses kaydı altında sürdürülecektir. Kişisel bilgileriniz saklı kalmak koşuluyla elde edilen veriler eğitim ve bilimsel yayın amacıyla kullanılabilir. Sorular bilgi düzeyini ölçmemekte ve herhangi bir doğru cevabı bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Görüşmeye katılmayı kabul etmeyebilir veya isteğinize bağlı olarak çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Bu uzmanlık tezi çalışması, Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğretim Üyesi Kenan TAŞTAN'ın danışmanlığında Arş. Gör. Dr. Gökburak ATABAY tarafından yürütülmektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

Yaşınız?

.....

Medeni durumunuz? a) Bekar b) evli c) diğer

Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl?

Aile hekimliğinde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

Unvanınız? a) Aile hekimliği uzmanı

b) Pratisyen hekim

c) SAHU

a) PSM İçeriği ve İşlevi

- Sizce PSM hasta ve hekim için gerekli midir?
- PSM hastanın ve toplumun sağlığını sizce nasıl etkiler? PSM'nin kısa ve uzun vadede hasta ve toplum açısından ne gibi sonuçları olabilir?
- PSM'nin maliyet etkinliği hakkındaki görüşünüz nedir?

b) Mevcut PSM Deneyimleri

- Günlük muayenenizin ne kadarlık kısmı 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'yi içeriyor?
- 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM uygulamaları için yeterli zamanınız oluyor mu? Ne kadar zamanınız daha olsun istersiniz?
- 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM' sinde size göre gereksiz olan veya mevcut pratiğe ek olması gereken parametreler var mı? PSM'de hangi parametreler size göre öncelikli olmalıdır?
- 0-2 yaş arası uygulanması gereken PSM'nin aile hekimliği uygulamasında pozitif veya negatif performans açısından değerlendirilmesi hakkındaki görüşleriniz nedir? Sizce hangisinin uygulanması gereklidir?

c) Eğitim PSM İlişkisi

- Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminiz sırasında PSM ile ilgili teorik veya uygulamalı eğitim aldınız mı? Aldıysanız eğitimin içeriği nasıldı?
- Aile hekimliği yaparken PSM ile ilgili teorik veya uygulamalı eğitim aldınız mı? Aldıysanız eğitimin içeriği nasıldı?

d) Hekimlik Yaklaşımları

- Ülkemizde şu an mevcut olan Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi hakkında bilginiz var mı? Bu rehberle erişim sağlıyor musunuz?
- Aile hekiminin bu rehberlere yeteri kadar erişimin sağlanması ile ilgili önerileriniz var mı? Varsa nelerdir?
- Günlük pratiğinizde bu rehberi ne kadar kullanıyorsunuz? Rehberlerin güçlü ya da zayıf yanları sizce nelerdir?
- Diğer aile hekimlerinin PSM ile ilgili farkındalıkları ve bunu uygulamadaki yeterlilikleri hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Diğer aile hekimlerinin size göre PSM uygulamalarında yeterince özveride bulunuyor mu? Size göre bunu engelleyen durum ya da koşullar ne olabilir?

e) Aile PSM ilişkisi?

- Sizce ailelerin PSM ile ilgili yeterince farkındalıkları var mı? Bununla ilgili deneyiminiz ve önerileriniz var mı?
- Ailelerin PSM uygulamalarına katılımı hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Deneyimlerinizden bahseder misiniz? Sizce sosyoekonomik durumun PSM uygulamalarına katılıma etkisi nedir?

f) Yönlendirme

- Aileler PSM konusunda çok duyarlı ya da tamamen duyarsız olabiliyor. Bu konu sizde olumlu ya da olumsuz nasıl duygular oluşturuyor? Bu ve benzeri durumlarda nasıl hissediyorsunuz? Çözmekte zorlandığınız veya konuşmakta zorlandığınız /yönetmekte zorlandığınız durumlar oluyor mu/oldu mu? Deneyimlerinizden bahseder misiniz? Tüm çabalarınıza rağmen ailenin kayıtsız kaldığı ve çocuğunu PSM'nin uygulanamadığı bir durumda ne yapıyorsunuz? Kurumsal olarak ne yapılabilir?