



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezlerindeki Rolü: Nitel Bir Çalışma

Dr. İlke Karadağlı Üçüncü

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nuray Özgülnar**

**İSTANBUL
2019**



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezlerindeki Rolü: Nitel Bir Çalışma

Dr. İlke Karadağlı Üçüncü

Uzmanlık Tezi

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nuray Özgülnar**

**İSTANBUL
2019**

ÖNSÖZ

Her aşaması oldukça öğretici geçen tez sürecini tamamlamış olmanın mutluluğu içindeyim.

Eğitim ve tez süreçlerimin her anını bilimsel katkılarıyla aydınlatan, karamsarlığa düştüğüm her durumda desteğini hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Nuray Özgülner'a,

4,5 yıllık eğitim hayatımda emeği geçen İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki hocalarıma,

Aynı dönemde gerek mesai içinde, gerek mesai dışında vakit geçirdiğim başta Uzm. Dr. Merve Ören olmak üzere tüm halk sağlığı asistanlarına,

Tezin görüşme formlarının oluşturulmasında ve örneklem tasarımında desteğini esirgemeyen Hacer Nalbant'a,

Görüşmelerin doküman haline getirilmesinde destek olan kıymetli dostlarım Dr. Nefise Şeker'e, Uzm. Dr. Ayla Güven'e, Dr. Buğra Güllü'ye, Dr. Ayşe Demirel'e ve Dr. Sevcan Genç'e,

Tez yazım sürecinde gece gündüz beraber hareket ettiğim eş kıdemlilerim Dr. Kezban Yavuz Emik ve Dr. Çiğdem Aslaner'e,

Çalışmada bana değerli zamanlarını ayıran Bahçelievler İlçe Sağlık Müdürlüğü ve ilçeye bağlı aile sağlığı merkezi çalışanlarına,

Yaşamımın her anında emeği olan aileme ve her zaman yanımda olan eşim Dr.Tamer Üçüncü'ye,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	VI
KISALTMALAR.....	VII
I. ÖZET	1
II. ABSTRACT	3
III. GİRİŞ	5
IV. GENEL BİLGİLER	7
A. AİLE HEKİMLİĞİ TARİHÇESİ, TANIMLARI	7
1. Aile Hekimliği Tarihçe.....	7
2. Aile Hekimliği Tanımı	10
3. Aile Hekimliği Uygulamasında Ekip Kavramları	11
B. DÜNYADAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI ÖRNEKLERİ	12
1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	12
2. İngiltere	12
3. Almanya	13
4. Küba	14
C. ÜLKEMİZDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHİ ve AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	14
1. Cumhuriyet Sonrası Dönem:	14
2. Sosyalizasyon Dönemi:	15
3. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Uygulaması Dönemi:	16
D. ÜLKEMİZDE AİLE HEKİMLİĞİ MEVZUATI.....	17
1. Aile Hekimliği ile İlgili Mevzuatların Yıllar İçindeki Değişimi.....	17
2. Mevzuatta Geçen Aile Sağlığı Merkezi Çalışanları	18
a. Aile Hekimi (AH)	18
b. Geçici Aile Hekimi	18
c. Aile Sağlığı Elemanı(ASE).....	19
d. Geçici Aile Sağlığı Elemanı.....	19
e. Diğer Hekim Dışı Sağlık Personeli (Birim ASE'si dışında).....	19

f. Temizlik Personeli	19
3. Aile Hekimliği Biriminde Çalışanların Mevzuata Göre Görevleri	19
a. Aile Hekimin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:	19
b. Aile Sağlığı Elemanlarının Görev, Yetki ve Sorumlulukları:	20
4. Mevzuatta Aile Sağlığı Merkezine(ASM) Bağlı Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplaması	21
E. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ÇALIŞAN AİLE SAĞLIĞI ELEMANININ ÖZELLİKLERİ.....	23
1. Ebelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	23
2. Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	24
3. Acil Tıp Teknisyenlerinin (ATT) Görev, Yetki ve Sorumlulukları	24
4. Sağlık Memurlarının (SM) Görev Yetki ve Sorumlulukları	25
V. GEREÇ VE YÖNTEM	26
A. ARAŞTIRMANIN TİPİ	26
B. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	26
C. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	26
1. Araştırmanın Örneklem Seçimi.....	26
2. Aile Sağlığı Elemanları ile Görüşmeler	29
3. Aile Hekimleri ile Görüşmeler	29
4. Anahtar Kişi Görüşmeleri	29
D. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ	30
1. Görüşme Formlarının Hazırlanması.....	30
2. Görüşmelerin Genel Özellikleri	30
3. Çalışmanın Ön Uygulamasının Yapılması (Pilot Görüşmeler).....	31
E. VERİLERİN ANALİZİ.....	31
F. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	31
VI. BULGULAR	33
A. GÖRÜŞÜLEN KİŞİLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ	33
1. Aile Sağlığı Merkez'i Çalışanlarının Özellikleri.....	33
2. Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Diğer Kişilerin Özellikleri.....	35
3. Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Aile Sağlığı Merkezinde Çalışmayı Tercih Etme Sebepleri	35
B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	38

1. Aile Sağlığı Merkezlerindeki İş Yüğü.....	38
2. Hizmet Verilen Toplumun Özellikleri	40
3. Aile Sağlığı Merkezlerinin Teknik Donanım Özellikleri.....	40
C. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ROLLER VE HİZMET SUNUMU	42
1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	42
a. Gebe İzlem	42
b. Lohusa İzlem.....	45
c. 15-49 Yaş Kadın İzlemi ve Aile Planlaması	47
d. Bebek-Çocuk İzlem.....	51
e. Bağışıklama.....	53
f. Yeni Doğan Taraması	57
g. Okul Sağlığı	58
h. Kanseri Taramaları.....	61
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	64
a. Enjeksiyon- Pansuman Uygulamaları.....	65
b. Poliklinik Hizmetleri ile ilgili Görevler	66
c. Ev Ziyaretleri	67
3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	69
VII. TARTIŞMA	71
A. GÖRÜŞMECİLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	71
B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	73
C. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	74
1. Koruyucu sağlık hizmetleri	74
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	78
3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	80
VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
IX. KAYNAKÇA	83
X. EKLER.....	87
EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	87
EK 2. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezleri'nde Rolüyle İlgili Değerlendirme -Form 1(Aile Sağlığı Elemanı Formu).....	89

EK 3. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezleri'nde Rolüyle İlgili Değerlendirme -Form 2(Aile Hekimi Formu)	91
EK 4. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezleri'nde Rolüyle İlgili Değerlendirme -Form 3 (Anahtar Görüşülen Formu).....	93
EK 5. İl Sağlık Müdürlüğü İzni	95
EK 6. Etik Kurul İzni	96
XI. ÖZGEÇMİŞ.....	97



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Aile Sağlığı Merkezine Bağlı Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması	22
Tablo 2: Örnekleme Seçilecek Aile Sağlığı Elemanlarının Özellikleri	28
Tablo 3: Aile Sağlığı Elemanlarının ve Aile Hekimlerinin Temel Özellikleri.....	34
Tablo 4 Anahtar Kişilerin Özellikleri	35
Tablo 5:Aile sağlığı Merkez’lerindeki Mesai Durumu ve İçeriği	39



KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
AH:	Aile Hekimi
AHB:	Aile Hekimliği Birimi
AHU:	Aile Hekimliği Uygulaması
ASE:	Aile Sağlığı Elemanı
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
ATS:	Aşı Takip Sistemi
ATT:	Acil Tıp Teknisyeni
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EAH:	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GEBLİZ:	Gebe, Lohusa, Bebek ve Çocuk İzlem Sistemi
GGK	Gaitada Gizli Kan
İHSM:	İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü
KOAH:	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
NHS:	Ulusal Sağlık Servisi(National Health Service)
R.G:	Resmi Gazete
RİA:	Rahim İçi Araç
SM:	Sağlık Memuru
TAHUD:	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği
WONCA:	Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

I. ÖZET

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri 2010 yılında tüm Türkiye’de yaygınlaştırılan Aile Hekimliği Uygulaması ile sağlanmaktadır. Bu araştırma ile bu alanda hizmetleri yürüten aile sağlığı elemanlarının (ASE) görev tanımlarının ve bu görevlerin hizmet sunumuna yansımalarının nasıl olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Fenomenolojik desenle kurgulanmış niteliksel bir çalışma olarak Bahçelievler ilçesinde yapılmıştır. 20 aile sağlığı elemanı, 18 aile hekimi (AH), il düzeyinde yönetici olarak çalışan 1, ilçe düzeyinde yönetim ve denetim alanında çalışan 2 ve üst düzey yöneticilik yapmış şu an özel bir alanda görev sürdüren 1 kişi olmak üzere toplamda 42 kişi ile görüşülmüştür. Yapılandırılmış görüşme formu; literatür taranarak ve nitel çalışmalarda deneyimli üç kişi ile oluşturulmuştur. Görüşmeler kişilerin uygun gördükleri zamanda ve mekanda gerçekleştirilmiş, ses kaydına izin verenlerden ses kaydı alınarak, izin vermeyenlerden araştırmacının not tutmasıyla veriler kaydedilmiştir. Tüm ses kayıtları da yazıya geçirilmiştir. Bulgular araştırmacı tarafından atlas.ti programı üzerinde içerik analizi yapılarak elde edilmiştir. Araştırma için etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır.

ASE’lerin verdikleri hizmetler; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde 3 tema altında toplanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde gebe izlem, lohusa izlem, bebek-çocuk izlem, bağışıklama, aile planlaması, yeni doğan taraması ve kanser taramaları içinde rahim ağzı kanseri taramaları görevleri ASE’lerin görevleri arasında sayılmıştır. Kanser taramaları içinde kolon kanseri taraması ve 15-49 yaş kadın izlem bazı birimlerde aile hekimlerinin görevi olarak tanımlanmıştır. Bağışıklama hizmetleri yine ASE görevleri içinde sayılırken bir ASE bu hizmeti AH’lerin görevi olarak ifade etmiştir. Okul sağlığı izlemleri hizmeti sunuluyor olmakla birlikte görevler arasında gösterilmemektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri içinde pansuman ve enjeksiyon uygulamaları ile numune alımı ASE’lerin görevi olarak ifade edilirken ek personelin olduğu birimlerde bu görev ASE’ler tarafından onların görevi olarak ifade edilmiştir. Tansiyon gibi yaşamsal bulguların ölçümü bazen AH’lerin bazen ASE’lerin görevi olarak tanımlanmıştır. Ev ziyaretlerinde görev tanımları arasında sayılmış ancak hizmetin içeriği ile ilgili değişik bilgiler mevcut olduğu görülmüştür.

Rehabilite edici sağlık hizmetleriyle ilgili; g r    len kişiler ASE'lerin görevlerini tanımlayamamı tır.

ASE'lerin ve aile hekimlerinin, aile hekimlerinin görev tanımlamalarında da yanlış g r   leri vardır. Bu tanımlamalar dolaylı olarak ASE'lerin görevlerini de etkilemektedir.

ASE'lerin ve AH'lerin görev tanımlamalarıyla ilgili belirsiz alanlar mevcuttur. Yetersiz görev tanımları ekip çalışmasını ve uyumunu bozarak sağlık hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini azaltmaktadır. Görev tanımlarıyla ilgili hem ASE'lere hem de AH'lere eğitimler ya da örnek uygulamalar düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, aile sağlığı elemanı, temel sağlık hizmetleri, ekip  alı ması

II. ABSTRACT

Primary health care is about caring for people, rather than simply treating specific diseases or conditions. Since 2010 Family Medicine Practice (FHP) have been used in Turkey for primary health care services. The purpose of this research is to investigate the job description and responsibilities of family health workers (FHW) and their influences on service delivery.

The study was constructed as a qualitative study with a phenomenological model, in the district of Bahçelievler. A total of 42 people was interviewed including 20 family health workers, 18 family physicians (FP), 1 provincial level manager, 2 district level managers and 1 person works at a special area. The person who works at a special area worked as senior level manager before. The interview forms were created by three researchers who are experienced in qualitative studies, reviewing literature. In-depth interviews were conducted at the time and place that people deemed appropriate, audio was recorded from those who allowed voice recording and data were recorded as taking notes from the ones who did not allow the voice recording. All audio recordings were also transcribed. The findings were obtained by conducting a content analysis on the "atlas.ti" program by the researchers. Ethics committee and institution permits were obtained for this research.

The services provided by FHPs are grouped into three categories: preventive health services, therapeutic health services, and rehabilitative health services. The duties of FHWs in preventive health services include pregnancy follow-up, postpartum follow-up, baby and child follow-up, immunization, family planning, newborn screening, and cervical cancer screenings. In cancer screening, colon cancer screening and follow-up of women aged 15-49 were defined as the task of family physicians in some units. While immunization services were counted in the FHW duties, an FHW expressed this service as the duty of the FPs. School health care services were offered, but not included in the tasks.

While therapeutic services like caring for a wound, doing injections, and taking laboratory sampling are considered as the task of FHWs; if additional personnel were available, these tasks were then delegated to them. Measurement of vital signs such as blood pressure is sometimes defined as the task of FPs and sometimes FHWs. Home visits were listed among the job descriptions, but there was different information about the content on

this service. Participants in this research who were interviewed about rehabilitating health services were unable to identify the tasks of the FHWs.

FHWs and family physicians also have misconceptions in the job descriptions of family physicians. These misconceptions indirectly affect the tasks of FHPs.

There are ambiguous areas related to FHPs and FPs; job descriptions. Inadequate job descriptions disrupt teamwork and harmony of the group, and reduce quality and quantity of health services. It is necessary to organize training programs or exemplary implementations for both FHPs and FPs, regarding job descriptions. Further studies are required in this area.

Keywords: Family medicine, family health workers, primary health care, teamwork



III. GİRİŞ

Sağlık her birey için vazgeçilmez bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine göre sağlığın, bireylere hakkaniyet çerçevesinde sağlanması gereklidir. Bu hakkaniyetin sağlanmasında temel bileşenlerden birini sağlık hizmet sunumu oluşturmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu ve hekimliğin temel amacı, toplumları ve kişileri hastalıklardan korumaktır. Sağlık ile ülkelerin sosyoekonomik durumları yakın ilişki içindedir. Sağlık sunumunda hekim ve tedavi merkezli sağlık hizmeti yaklaşımları, sağlık sorunlarını çözmede yetersiz kalmakta ve hatta sorunların giderek büyümesine sebep olmaktadır. Sağlık hizmetinin bütüncül ve eşit bir şekilde sunulabilmesi için disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışması kavramlarının öne çıkarılması gerekmektedir(1).

Alma-Ata Bildirgesinde (1978) toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesi için temel sağlık hizmetlerine vurgu yapılmıştır. Bu bildirgede tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığı etkileyen temel ihtiyaçların (beslenme, temiz içme suyu, sanitasyon) sağlanması vb. konular üzerinde durulmuştur. Temel sağlık hizmetlerinin belirli bir bölgede ve bir ekip anlayışı içerisinde verilmesi önerisi özel önem taşımaktadır(2). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ekip çalışması içerisinde verilmesi çok eski yıllardan beri vurgulanmış (Birleşik Krallık Sağlık raporu-1920), özellikle sağlık merkezlerinde genel pratisyen ve diğer sağlık personelinin işbirliği içinde çalışması önerilmiştir(1). Ülkemizde 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi Hakkında Kanun ile Alma-Ata'daki bu önerilen hizmet içeriği ve ekip anlayışı çok daha önceden benimsenmiştir(3).

Temel sağlık hizmetlerinin ikinci konferansı 2018 yılında Astana'da toplanmış ve geçen süreç değerlendirilmiştir. Konferansta temel sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması yönünde karar alınmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra rehabilite edici sağlık hizmetleri ve palyatif bakım hizmetleri de kapsamı ele alınmıştır. Bu hizmetlerin verilmesinde sektörler arası işbirliği, çok paydaşlı yaklaşım ve toplumun katılımı gibi ülke politikalarının geliştirilmesi önerilmiştir(4, 5).

Sağlık hizmet sunumunda etkin işbirliği sağlanabilmesi için ekip üyelerinin birbirlerinin görev tanımlarını bilmesi önemlidir. Baker ve arkadaşlarının hemşireler, eczacılar, konuşma terapistleriyle yaptıkları bir çalışmada mesleklerle ilgili farkındalık yetersizliğinin işbirliğinin önünde önemli bir engel olduğu belirtilmiştir. Özellikle hemşireler ve meslek terapistleri, rol ve alanlarının hekimler tarafından yanlış bilinmesi nedeniyle hayal

kırıklığı yaşadıklarını belirtmişler ve bunu mesleklerine değeri verilmemesi olarak ifade etmişlerdir(6).

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri, Aile Hekimliği Uygulaması üzerinden sürdürülmektedir. Aile Hekimliği Uygulaması'nda sağlık hizmetleri; aile hekimi ve aile sağlığı elemanının birlikte Aile Hekimliği Birimi(AHB) üzerinden verdikleri hizmetlerle yapılmaktadır. AHB'de çalışan sağlık personelinin birbirinin görev tanımlarını bilmesi sunulan hizmetin işleyişinde önem arz etmektedir. İstanbul'da, iki ilçesinde yapılmış bir çalışmada aile sağlığı elemanlarının (ASE) %38,4'ü görev tanımıyla uyumlu olmayan işler yaptığı sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada görev tanımına uygun görevleri yapmayan ve hemşire olan ASE'lerin %84,6'sı Aile Hekimliği Uygulamasından memnun olmadıklarını belirtmişlerdir(7). E-posta yoluyla ortak paylaşım siteleri üzerinden 370 ASE'ye yapılan başka bir çalışmada; ASE'lerin %34,6'sı ASE olarak çalışmaktan memnun değildir, %85,1'i görevi dışında işler yaptıklarını ifade etmiştir(8). Ülkemiz genelinde ASE, AH ve Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarıyla yapılan niteliksel başka bir çalışmada farklı mesleklerde olan ASE'lerin sağlık hizmetinin niteliğinin azalttığı görüşü ileri sürülmekte, aynı zamanda ASE'lerin görev tanımlarının belirsiz olduğu bunun aile hekimleri(AH) tarafından istismar edilebileceği belirtmektedir(9).

Ülkemizde ASE'lerin görev tanımlarının ve yapılan görevler arasında belirsizlik olduğunu belirten bazı çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmalar içinde bahsi geçen görev tanımı dışı görevlerin neler olduğu ile ilgili yeterli ve ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır.

Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının görev, yetki ve sorumluluklarının; hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanları tarafından nasıl tanımlandığı, nasıl algılandığı, benzer ya da farklı durumların neler olduğu ve sağlık hizmeti sunumuna etkilerini tespit etmek amaçlanmıştır.

IV. GENEL BİLGİLER

A. AİLE HEKİMLİĞİ TARİHÇESİ, TANIMLARI

1. Aile Hekimliği Tarihçe

Dünyada sağlık ve sağlık hizmeti sunucuları dönemler içinde pek çok değişim geçirmiştir. Kuzey Amerika ve Avrupa’da genel pratisyenlik kavramının ilk olarak kullanılması 19. yüzyıla denk gelmektedir. Bu yıllarda tıp okullarının tıp eğitimleri arasında küçük farklılıklar bulunmaktadır(10).

19. yüzyılın sonlarına doğru tıp alanı teknolojik, bilimsel ve sosyal etkilerle pek çok gelişme göstermiştir. Bu süreçte uzmanlıklar eski disiplinlerin gelişmesiyle(cerrahi-obstetri gibi), yeni teknikler çevresinde gelişerek (anestezi gibi) veya eski bir dalın ihmal ettiği alan için büyük disiplinlerin ayrılmasıyla(çocuk sağlığı ve hastalıkları); yeni disiplinler gelişmiş ve bu şekilde yeni uzmanlık dallarının ortaya çıkması sağlanmıştır. Uzmanlık dallarının gelişmesini takip eden süreç uzmanlaşmanın itibar kazanmasına yol açmış ve bu durum sonrası birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi eğilimi ortaya çıkmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri alanındaki bu ihmalin giderilmesi gerekçesiyle genel hekimliğin (pratisyenlik/ general practice) bir dalı olarak aile hekimliği uzmanlığı evrimleşmiştir (10).

Aile hekimliği kavramı ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından kullanılmış, bunun ilk yansıması olarak da 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners kurulmuştur(11).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, genel pratisyenlerle ilgili “The Graduate Education of Physicians” ve “Meeting the Challenge” iki rapor oluşturulmuştur. Bu raporlarla aile hekimliğinin; genel pratisyenlikten farklı olması gerektiği, bu farklılığın da eğitim eksikliklerinin giderilmesi ve kalitenin sağlanması amacıyla yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Aynı dönemlerde Kanada, İngiltere, Hollanda, Avustralya ve diğer sanayileşmiş ülkelerde de benzeri değişimler olmuştur. İlk akademik kürsüler İngiltere, Kanada, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri’nde oluşturulmuş ve 1972 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians -WONCA)’’ kurulmuştur(10).

1970’lerde Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ); sağlık düzeylerinin, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında, hatta ülkelerin kendi içlerinde bile büyük eşitsizlikler olduğunu vurgulamıştır. Bunun üzerine 1977 yılında DSÖ’nün 30. Genel Kurulu’nda “2000 yılında

Herkese Sağlık'' hedefi ile 2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik olarak verimli olabileceği bir sağlık düzeyine erişmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 1978 yılında uluslararası kuruluşların katılımıyla Alma Ata'da Temel Sağlık Hizmetleri (Alma Ata) Konferansı yapılmıştır. Konferansta; tüm hükümetlere, sağlıkta ve kalkınmada yapılması gerekenler sunulmuştur (4).

Temel sağlık hizmetlerine uyumun değerlendirilmesi için örgütlenmede bazı şartların sağlanması gerekmektedir. Bunların sağlanıp sağlanmadığının değerlendirmesi aşağıdaki kriterlere göre yapılabilir;

- Toplumun kabul edebileceği şekliyle koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulması
- Toplumun katılımının sağlanması (sağlık hizmetleri planlama ve uygulama alanlarında)
- Sağlık hizmetinde ilk başvuru birimlerinin kurulması
- Sevk sisteminin işletilmesi
- Risk altındaki kişileri belirlenmesi ve ev/iş yerine yönelik bir sistem geliştirilmesi
- Kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olduğunu destekleyen bir sistem oluşturulması
- Sağlık hizmetinin sürekliliğinin sağlanması
- Sağlık hizmetini ekip anlayışı içinde verilmesi, hekim dışı personelin hizmetteki alanının önecemesinin sağlanması
- Personelin zorunluluktan değil, özendirilerek çalışmasının sağlanması
- Hizmet modelinin ülke şartlarına ve teknolojisine uygun planlanması
- Sağlık hizmeti sunumunda sektörler arası işbirliğinin sağlanması
- Sağlık araştırmalarının yapılması ve kanıta dayalı kararlar oluşturulmasının sağlanması
- Sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi ve diğer malzemelerinin sağlanması ile ilgili sistem oluşturulması
- Gereksiz ilaç kullanımını önleyici yaklaşım geliştirilmesi
- Hizmet içi eğitimlerin sağlanması ve bununla ilgili denetim sistemlerinin kurulması (4)

Alma Ata Konferansı'ndan sonra 1994 yılında DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans

gerçekleştirmiştir. Bu konferansta insanların ihtiyaçlarını sağlamak için tıp alanında değişiklikler önerilmiş ve genel pratisyen/aile hekiminin görevi düşük maliyetle kaliteli, adaletli, etkin bir sağlık hizmeti sunacağı ifade edilmiştir(11).

Alma-Ata'nın 40. yılında temel sağlık hizmetleri Astana'da (Ekim 2018) yeniden değerlendirilmiştir. Katılımcı devletler, hükümetler ve ekonomi ile ilgili örgütlerin bölgesel temsilcileri; Alma-Ata Bildirisi'nin değerlendirmelerini ve ilkelerini taahhüt etmişlerdir. Ayrıca bu bildiri ile taahhüt edilen hedefler(5);

- Hükümetlerin; topluma koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin eşit sunulmasında rol alması
- Uygun paydaş ve sektörlerle temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi
- Ekonomik, sosyal ve çevresel göstergeleri temel alarak sağlık hizmetlerinde risk faktörlerinin azaltılması yönünde politikalar oluşturulması
- Sağlık sistemlerinin zayıflamasına sebep olabilecek çatışmaların azaltılması, ortadan kaldırılması
- Acil durumlarda insancıl ve sürekli sağlık hizmeti sağlayabilmek için; temel sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık kapsayıcılığının temeli haline getirilmesi
- İnsan gücünün ve diğer kaynakların uygun şekilde sağlanması, kullanılması
- Temel sağlık hizmetlerine yatırım yapılması ve halk sağlığı konularına öncelik verilmesi
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ve sağlığı geliştirici hizmetlere öncelik verilmesi
- Koruyucu, tedavi edici, palyatif sağlık hizmetlerinin ve sağlığı geliştirici hizmetlerin birlikte sunulması
- Aşılama, taramalar, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklar, anne, yeni doğan, çocuk ve ergen sağlığı, sağlığı geliştirici hizmetler, cinsel ve üreme sağlığı, ruh sağlığı alanlarında sağlık hizmetlerinin sağlanması
- Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir, eşitlikçi, güvenli, kabul edilebilir, karşılanabilir olması
- Uygun sevk sisteminin oluşturulması
- Bulaşıcı hastalıkları ve salgınları; önleyip, tanımlayabilen ve tepki verebilen bir sağlık sisteminin oluşturulması(5)

Bu hedeflere ulaşmak için;

1. Temel sağlık hizmetleriyle ilgili bilgi ve kapasitenin geliştirilmesi
2. Motivasyona ve multidisipliner yaklaşıma sahip, eğitilmiş insan gücünün oluşturulması
3. Uygun teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerine de uygulanması
4. Kişilerin ekonomik sebeplerle sağlık hizmetlerine ulaşmasını engelleyen finansman sistemlerinin düzenlenmesi
5. Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılarak kendi sağlığı konusunda sorumluluk almasının sağlanması
6. Temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında; sağlık çalışanları, akademi, sivil toplum kuruluşları, özel sektör, yerel ve uluslararası paydaşlarla işbirliğinin sağlanması önerilmektedir(5).

2. Aile Hekimliği Tanımı

Genel pratisyenlik kavramından daha farklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine yenilikler eklenmesi, hizmet sunumunda bazı farklılıkların olduğunun vurgulanmak istenmesi sebebiyle yeni bir uzmanlık ismi arayışına girilmiştir. Bu isim değişikliği aile hekiminden beklenen hizmetleri sağlayan bazı genel pratisyenlerce rahatsız edici bulunmuştur(10). Yeni kurulan bu disiplinin isim değişikliği konusunda farklı anabilim dallarınca farklı görüşler mevcuttur. Bazıları aile hekimi kavramını aile ve sağlıkla ilgili benzersiz bir klinik uzmanlık dalı olarak; bazıları ise uzun yıllardır pratisyen hekime alternatif olarak kullanılan, zamana karşı bir önemini kaybeden bir unvanın yeniden canlanması olarak görmüşlerdir(10).

Avrupa kıtasında sağlık sistemleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin farklılıkları sebebiyle standardizasyon arayışları olmuştur. 21. yüzyıl başında aile hekimliği/ genel pratisyenlik için değişik gruplarca pek çok tanım yapılmıştır. Bu tanımların sağlık sistemlerinden etkilenmeyecek şekilde olmasına çalışılmıştır(12).

Leeuwenhorst (1974) aile hekimliği/ genel pratisyenliği; birimine bağlı birey ve ailelere, eşit ve sürekli birinci basamak hizmeti sunan hekim olarak tanımlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti klinikte, hastaların evinde veya hastanelerde sunulabilir. Sağlık hizmeti sunumunun amacı erken tanı koymaktır. Sağlık hizmetinin sunum sürecinde kişileri; fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleriyle birlikte değerlendirir. Kronik hastalıkların izlemelerini yapar. Hastasıyla uzun süreli temas kurabilen hekim hem mesleğinin icrasını sağlar hem de gerekli bilgileri toplayabilir. Hekim, tıp dışı mesleklerle işbirliği içinde uygulama yapar ve topluma karşı sorumluluğu bulunmaktadır(12).

WONCA (1991) ise aile hekimliği/ genel pratisyenliği; tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı sağlık hizmetini sunan, aynı zamanda diğer sağlık personellerini de harekete geğirme sorumluluğu olan hekim olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda yaşı, cinsiyet veya tanı ayrımı gözetmez. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik etkenleri de göz önünde bulundurarak; aile ve bireylere eşit tıbbi bakım sağlar. Hekim verdiği sağlık hizmet sunumunu varolan kaynaklara göre doğrudan kendisi veya diğer sağlık çalışanları aracılığı ile yapar(12).

2011 yılında WONCA tarafından üçüncü versiyonu yayınlanan bildirgede: “Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.” olarak belirtilmiştir(13).

3. Aile Hekimliği Uygulamasında Ekip Kavramları

Toplumun sağlık hizmeti sunumundaki ihtiyaçı sadece hekimlerle sağlanamaz. Hekimlerin birlikte çalışacakları bir ekibe ihtiyaçları vardır. Ekip etkin bir kavram olmak birlikte yanlış da değerlendirilebilmektedir. İngiltere’de aile hekimliği uygulaması ile ilgili 3 farklı ekip kavramından bahsedilmektedir(10).

Çekirdek Ekip(core team): Her gün, her bir görevi birlikte ve yakın bir işbirliği içinde yürüten ekip üyelerini tarif eder. Yoğun bakım üniteleri, palyatif bakım üniteleri ve aile hekimlikleri buna örnektir.

Aile hekimliklerinde ekip üyeleri; ofis hemşirelerinden (office nurses), halk sağlığı hemşirelerinden (health visitors-sağlık ziyaretçileri) ve evde bakım hemşirelerinden (home care nurses) oluşabilmektedir. Ekip üyeleri birlikte çalışarak hasta bakımının niteliğini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdadırlar.

Ekip üyelerinin sık iletişimde olması ve grup motivasyonunun sağlanması oldukça önemlidir. Aksi takdirde ekip kelimesi bir kavramdan öteye geçememektedir. Ekip üyelerinin, hastaların durumunu tartışmak için toplantılar düzenlemesi beklenmektedir. Ayrıca ekip üyelerinin işlevlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi amaçlı da toplantı zamanlarının oluşturulmasına vurgu yapılmaktadır. Her bir üyenin görüşlerinin dikkate alınması ve karşılıklı saygı, ekip üyeleri için olmazsa olmazdır. Her bir takım üyesinin hastalar üzerinde rolü vardır. Bu rollerin birbirini tamamlamasıyla hasta hakkında nihai karar oluşur. Terminal dönem bir hastaya reçete yazan hekim dahi olsa, hemşirenin de hastaya yaklaşımda mutlaka bir rolü bulunmaktadır.

Hastalarla ilgili kararların açık bir şekilde tartışılması sorumluluklardaki netleşmeye yardımcı olur. Böylece sorumluluk paylaşımı sağlanarak, iyi bir ekip çalışması yapılabilir.

Ekip liderinin görevlerinden biri de, yüksek düzeyde iş stresi yaşayan ekip üyelerinin moralini sağlamaktır. Bunu ekip üyeleriyle sıkça ilgilenerek ve ilgili alanda destek sağlayarak yapabilir(10).

Büyük Ekip (the greater team): Çekirdek ekibe ihtiyaç durumunda farklı üyelerin katılımıyla oluşmaktadır. Bir sosyal çalışmacının, çekirdek ekibe eklenmesi şeklinde örneklendirilebilir. İhtiyaç durumunda ekibe eklenen bu kişiler aslında farklı kurumda çalışmaktadır bu açıdan diğer ekip üyelerinden ayrılmaktadır(10).

Özel Amaçlı Ekip (the ad hoc team): Aile hekiminin kardiolog ile çalışması buna örnek gösterilebilir. Ekip üyelerinin bir arada olması gerekmez. Ortak bir amaç için koordineli bir çalışma yapılmaktadır (10).

B. DÜNYADAN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI ÖRNEKLERİ

1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Aile hekimliği programı 1969 yılında 15 pilot programla başlamış, 1996'da 452 programa ulaşmıştır. Aile hekimi uzman sayısı 2017 yılında 126440'dur(14). Poliklinik muayenelerinin dörtte birini ve birincil bakım hizmetlerinin yarısını Aile hekimliği uzmanları yerine getirmektedir. Ülkede düzenli bir sevk zinciri ve basamak sistemi bulunmamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri dışındaki hizmetler "Halk Sağlığı Hizmetleri" kapsamında farklı örgütlerce sağlanmaktadır(15).

Aile hekimlerinin %80'i hastane ve özel polikliniklerde aşılama, danışmanlık, genel muayene ve akut/kronik hastalıkların yönetimi gibi alanlarda hizmet vermektedir. Hekimlerin bir kısmı yoğun bakım, doğum yaptırma ve cerrahi işlemlerle ilgili hizmetleri de sunabilmektedirler.(15).

Aile hekimliği uzmanlarının %27'si tek başına ya da bir ortak ile beraber çalışmakta, %42'sinin grup ofisleri bulunmakta ve %31'i başka uzmanları da dâhil eden grup ofisleri işletmektedirler. Sağlık hizmetlerinde son dönemlerde kurumsal örgütlenme artış eğilimi göstermektedir. Bu organizasyonlar hem grup ve hem de bireylere hizmet sunmaktadır(15).

2. İngiltere

İngiltere'de aile hekimliği (genel pratisyenlik-GP) çok eski yıllara dayanmaktadır (1844). 1948 de sağlık hizmetlerinin çoğunun vergilerle finanse edildiği Ulusal Sağlık Servisi

(National Health Service-NHS) oluşturulmuş ve 1952’ de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji (Royal College of General Practition) kurulmuştur(15, 16). Bu sistemde bireyler ilk olarak kayıtlı oldukları hekimlere başvurmak zorundadır. Acil durumlar dışında aile hekimi sevki ile ikinci basamak sağlık hizmetine başvurulabilmektedir. Hekimlere kişi başına ödeme ve hizmet başına ödemeler yapılmaktadır. Aile hekimi uzmanlığı intörnlik sonrası 2 yıllık hastane eğitimi ve eğiticilik görevi almış bir aile hekiminin yanında 1 yıl devam eden bir eğitim süresini kapsamaktadır ve 1979 yılından sonra bu eğitim zorunlu hale gelmiştir. Bu zorunluluğu yerine getirmeyen hekimlerin hasta muayene etme ve reçete yazma yetkisi bulunmamaktadır(16).

Yıllık hasta başvurularının %95’i aile hekimlerine/genel pratisyenlere olmakta ve hastaların %90’ına baştan sona bu hekimler tarafından sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Sevk sistemi vardır(15). Dört-beş hekim bir arada çalışmakta ve bu hekimler hekim dışı sağlık personeli (hemşire veya diğer hekim dışı sağlık personeli) istihdam etmektedirler. Hekim dışı sağlık personelleri daha düşük ücretle çalışmaktadır ve hastaların ilk başvurdukları kişi olacak şekilde konumlandırılmışlardır(17). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli rolü olan hekim dışı personel sayısı her geçen gün arttırılmaktadır. Hemşirelerde de mezuniyet sonrası eğitimler ve branşlaşma yaygındır. Aile planlaması reçetesi yazma, serviks kanseri tarama, periyodik sağlık taraması, obezite takipleri ve diyet düzenlemeyle ‘‘practice nursery’’ görevlidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH), diyabet ve hipertansiyon hastaları için de hemşireler mevcuttur. Bu alanlarda donanımlı hemşireler hastaların takip, tetkik ve ilaç dozlarıyla ilgili değişiklikler yapmaktadır(15). Hemşirelerin kronik hastalık bakımında görevlendirilmesinin artması ile kaliteli bakım çıktılarının artması arasında ilişki olduğu düşünülmektedir(17).

3. Almanya

Toplumun %90’ı sağlık sigortası kapsamı altındadır(15). Sevk sistemi vardır(16)

Almanya’da birinci basamak hizmetleri aile hekimlerince sağlanmaktadır. Aile hekimleri acil durumlarda mesai saatleri dışında da müdahale etmekle yükümlüdürler(16). Sağlık hizmeti veren birimlerin büyüklüğüne göre hekim, yardımcı hekim, diş hekimleri, sosyal çalışmacı ve psikologlar, röntgen ve laboratuvar asistanı bulunabilmektedir. Sözleşmeli hekim bir başka hekimi istihdam edebilmektedir(18). 1980 yılında zorunlu sınav, 1994 yılıyla birlikte zorunlu eğitim uygulamaları başlatılmıştır. Aile hekimlerinin eğitim programları son 1

yılı intörnlik olan tıp eğitimi ve sonrasında 1,5 yıllık zorunlu klinik eğitim şeklinde planlanmıştır. Bu eğitim süreci sonunda geçilmesi gereken bitirme sınavı yapılmaktadır(16).

4. Küba

1983 yılında Halk Sağlığı Yasası ile toplumun sağlığının sağlanması bir devlet görevi olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerin tüm topluma ücretsiz, eşit erişim sağlayabileceği bir sistem kurulmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezde olduğu; bilimsel ve tıbbi gelişmelerle güncellenen bir sağlık sistemi şeklinde oluşturulmuştur(19). Toplumun tamamının sağlık güvencesi vardır ve sağlık hizmetleri ücretsiz karşılanmaktadır(15).

Aile hekimlerinin tıp eğitimi ardından 2 yıllık eğitimleri tamamlamaları gereklidir(15). Sağlık hizmetleri sunumunda her aile hekiminin bir hemşiresi vardır. Hekimler diğer uzman hekimlerle düzenli konsültasyonlar yapmaktadır(15). Her bir hekim 120 aile ile ilgilenmekte, bu sayı kırsalda 75 aileye kadar düşmektedir. 2005 yılında Küba sağlık verilerine göre 33769 aile hekimi vardır(19).

C. ÜLKEMİZDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHİ ve AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

1. Cumhuriyet Sonrası Dönem:

Cumhuriyet öncesi dönem, sağlık hizmetlerinin daha çok ücret ile serbest çalışan hekimler tarafından sağlanabildiği bir dönemdir. Cumhuriyetin ilanı sonrası temel devlet görevi olarak alınan sağlık hizmetleri için Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti kurulmuş ve sağlık hizmetlerinin ayrı bir bakanlıkça yürütülmesi sağlanmıştır(20).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile dönemin sağlık hizmetlerinin alt yapıları oluşturulmuştur. Umumi Hıfzısıhha Kanunu koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik maddeler içermektedir(20).

1923-1937 yılları arası Refik Saydam dönemidir. Temel sağlık hizmetlerine ve koruyucu sağlık hizmetleri özel önem gösterilmiş, Sağlık Müdürlükleri (il düzeyinde), Hükümet Tabiplikleri (ilçe düzeyinde) kurulmuştur. Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır illerine yataklı tedavi hizmetlerinin ilk örnekleri olan Numune Hastaneleri açılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından verilmesi amaçlanmıştır. Yine bu dönemde sağlık insan gücü öncelik olarak belirlenmiş; eğitim, atama, terfi vb konularla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde ve kırsalda çalışan sağlık çalışanlarına yüksek ücret uygulaması yapılarak bu alanlarda çalışmaya özendirilmiştir(20, 21).

1946 yılında Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Birinci On Yıllık Sağlık Planını ile yedi bölge oluşturulması ve her bölgede bir tıp fakültesi açılması planlanmıştır. Bölgelerde her 40 köy için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini entegre sunan 10 yataklı Sağlık Merkez'lerinin açılması ve her bir merkezde 2 hekim, 1 ebe, 1 sağlık memuru, 1 ziyaretçi hemşire istihdam edilmesi düşünülmüş ancak uygulanamamıştır.(20, 21)

1945 yılında kurulan ve 1952 yılında işletilmeye başlanan İşçi Sigortaları Kurumu; sigortalı işçileri için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. İnsan gücü istihdamının Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız yapılması sektörler arası personel dağılımını etkilemiştir(21).

1954 yılında yerel yönetimlere bağlı hastaneler (SSK, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri hariç) Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 1952 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastanelerin açılması ile Kamu İktisadi Teşebbüs'lerin kendi hastanelerini kurması yine bu dönemde gerçekleşmiştir. Tedavi hizmetlerinin ağırlığı iyice artmış ve eşgüdümsüz bir yapıya dönmüştür. Bu gelişme hastane sayılarının artması ve bu merkezlerde sunulan hizmetlerin iyileşmesini sağlarken, koruyucu sağlık hizmetleri alanının ihmaline sebep olmuştur(20).

2. Sosyalizasyon Dönemi:

1961 yılında değiştirilen anayasa ile sağlık, yeniden devletin asıl görevi haline getirilmiş, sağlık alanındaki özelleşmenin önüne geçilmiştir. Dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in çalışmalarıyla çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile hastaneler yerine daha küçük topluluklara koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini veren sağlık birimlerinin kurulması sağlanmıştır(20).

1963 yılında uygulanmaya başlanan her 5000-10000 kişi için bir Sağlık Ocağı kurulması, her ocakta bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-3 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter bulunan yapılanmanın 1977 yılında tüm ülkeye yayılması öngörülmüştür(20, 21). 1963 yılında Muş'ta başlayan bu model, 1979'da 49 ile yayılabiliştir(21). 1970'li yıllarda dönemin neoliberal anlayışa sahip politikaları ile insan gücü, finansman ve örgütlenmesindeki belirsizlikler hem hizmet sağlayanlarda hem de hizmet alanlarda memnuniyetsizlik yaratmıştır(20).

Sağlık hizmetinin sağlanması 1961 Anayasası'nda devletin sorumluluğu iken, 1982 Anayasa'sı ile devlet, sağlık hizmetlerinin denetleyicisi ve planlayıcısı konumuna gelmiştir. 1984 yılında yönetime gelen hükümet, dünyadaki özelleştirme rüzgarının etkisiyle sağlığın toplum tarafından satın alınması gereken bir hizmet olduğunu savunmuştur(22).

İl düzeyinde yönetimden ziyade her ilçede sağlık grup başkanlıkları kurulmuştur. Sağlık ocağında sağlık hizmetleri ücretli hale gelmiş, sevk sistemi işletilememiştir. İki yılda bir toplanması gereken Sosyalleştirme Kurulu toplanamamış, ilgili planlamalar yapılamamıştır(23).

Sağlık ocaklarında ebe, hekim vb. sağlık hizmeti sunucularının istihdamında sorunlar olmuş; sık tayinlerle yerleri değişen sağlık personellerinin hizmet içi eğitimleri sekteye uğramıştır. Araç, benzin gibi teknik eksiklikler sebebiyle kırsal alandaki kişilere gerekli sağlık hizmeti ulaştırılamamıştır(24). Alt yapısı sağlanmadan (gerekli teknik ve bina koşulları sağlanmadan) bir gecede sosyalleştirilen illerde Sağlık Ocağı Modeli yok olmaya terk edilmiştir(22).

3. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Uygulaması Dönemi:

1980'li yıllarda sağlık hizmetleri finansmanı ve örgütlenmesinin değiştirilmesi fikri ortaya atılmış(20). Genel sağlık sigortası kurulması ilk olarak 1982 Anayasası'nda geçmiştir(25). 1990'lı yıllarda sağlık güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması, Sağlık Ocağı Sistemi'nden Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesi, hastanelerin özerk işletmelere dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir kurum haline gelmesi "Sağlık Reformu" başlığı altında tartışılmaya başlamıştır(25).

2002 yılında 58. Hükümetin "Herkese Sağlık" acil eylem planında çeşitli hedefler belirlenmiştir. Bunlardan bazıları şu şekildedir:

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması
- Toplumun tamamını tek çatı altında toplayan sigorta sistemi
- Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması
- Hastanelerin mali ve idari özerklik kazanması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Anne-çocuk sağlığının öncelenmesi ve koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması
- Özel sektörün sağlık alanında etkisinin yaygınlaştırılması
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin harekete geçirilmesinin sağlanması(25)

D. ÜLKEMİZDE AİLE HEKİMLİĞİ MEVZUATI

Türkiye’de ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde Aile Hekimliği uzmanlık dalı kavramı geçmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde (1985) başlamış, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde (1993) ilk anabilim dalı kurulmuştur. 2017 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği’nin (TAHUD) hazırladığı raporda 55 üniversite ve 17 eğitim ve araştırma hastanesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi verildiği belirtilmiştir(26).

Avrupa Birliği aile hekimliği için mezuniyet sonrası en az 3 yıllık eğitim zorunlu kılmalıdır. Ülkemizin ‘Aile Hekimliği Eğitim Müfredatı’ uluslararası standartlara, ülke koşul ve sağlık önceliklerine uygun şekilde biçimlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı eğitimi olmayan hekim istihdamını en son 2017 olarak belirlemiş olmasına rağmen henüz gerçekleştirilememiştir(26).

2015 yılından 2016 yılına Aile Hekimliği birimi sayısı 21.696’dan 24.428’e, Aile Sağlığı Merkezi sayısı 6.902’den 7.636’ya yükselmiştir(27).

1. Aile Hekimliği ile İlgili Mevzuatların Yıllar İçindeki Değişimi

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda tarihsel süreçte önemli değişiklikler olmuştur. Aile Hekimliği Kanununu (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı) ile Aile Hekimliği Uygulaması’nın ilk pilot çalışması 2005 yılında Düzce’de yapılmış, sonraki yıllarda yaygınlaşarak 2010 yılında tüm Türkiye’de uygulamaya başlanmıştır(28). Yıllar içinde Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili pek çok mevzuat yayınlanmıştır. Bunlardan bazıları;

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun-24/11/2004 Tarih ve 25665 Sayılı Resmî Gazete (R.G.)
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik-6/7/2005 Tarih ve 25867 Sayılı R.G.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik-24/03/2007 Tarih ve 26472 Sayılı R.G.
- Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge-26/01/2010 Tarih ve 2365 Sayılı R.G.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği-25/05/2010 Tarih ve 27591 Sayılı R.G.
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği 30/12/2010 Tarih ve 27801 Sayılı R.G.

- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname- 02/11/2011
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği-25/01/2013 Tarih ve 28539 Sayılı R.G.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik- 19/07/2013 Tarih Ve 28712 Sayılı R.G.
- Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği-05/02/2015 Tarih Ve 29258 Sayılı R.G.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik- 11/03/2015 Tarih Ve 29292 Sayılı R.G.
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği(Ek ve Değişiklik Getirilen Yönetmelik) 31/10/2016 Tarih ve 2016/9435.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik- 16.05.2017 Tarih ve 30068 Sayılı R.G.
- 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname-15/8/2017

2. Mevzuatta Geçen Aile Sağlığı Merkezi Çalışanları

Aile hekimliği ile ilgili mevzuata göre aile hekimi ile aile sağlığı elemanı, ekip anlayışı içinde çalışır. Aile hekimi, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirme ve denetleme yetkisi bulunmaktadır(29).

a. Aile Hekimi (AH)

Uzman tabip ya da tabip olabilen aile hekimleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kişi, yaş, cinsiyet ayrımı yapmaksızın belirli bir mekanda ve sürekli olarak sağlamaktadır. Gezici sağlık hizmeti, yerinde sağlık hizmetlerini de veren aile hekimlerinin kurumun öngördüğü eğitimleri de tamamlaması gerekmektedir(29, 30).

b. Geçici Aile Hekimi

AHB'den sorumlu AH'nin yıllık izin, hastalık izni ve diğer nedenlerle görev başında bulunmadığı sürede AHB'nin nüfusundan sorumlu olan veya boş olan birimlerde aile hekimliği pozisyonuna yerleştirme yapılmıncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile hekimidir(30).

c. Aile Sağlığı Elemanı(ASE)

Aile hekimi ile birlikte AHB’de sağlık hizmeti sunumunda sözleşmeli çalışan veya bakanlıkça görevlendirilmiş hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenidir(30).

d. Geçici Aile Sağlığı Elemanı

Aile sağlığı elemanının yıllık izin, hastalık izni vb sebeplerle görevi başında bulunmadığında onun yerine AHB’ne kayıtlı nüfusa hizmet sunumu gerçekleştiren ya da boş aile sağlığı elemanı pozisyonunda yerleştirme yapıncaya kadar çalışan kişidir(30).

e. Diğer Hekim Dışı Sağlık Personeli (Birim ASE’si dışında)

AHB’nin C, B, A gruplarından biri olması durumunda ASM’de kriteri sağlayan her bir birim için belgelendirmek suretiyle en az 10 saat olacak şekilde ebe, hemşire, ATT, sağlık memuru veya tıbbi sekreter gibi hekim dışı bir sağlık personelinin çalıştırılması gerekmektedir. Eğer birim A grubu ise ilave olarak (her hekim için en az 10 saat olacak şekilde) hekim dışı sağlık personelinin çalıştırması gerekmektedir(30).

f. Temizlik Personeli

Herhangi bir grupta olan her birim için en az 10 saat çalışan temizlik personeli belgelendirmek koşuluyla istihdam edilmelidir(30).

3. Aile Hekimliği Biriminde Çalışanların Mevzuata Göre Görevleri

Birinci basamak sağlık hizmeti aile hekimliği birimleri üzerinden sağlanmaktadır. Bu birimler koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ekip anlayışı ile sunmayı hedeflemektedir. Aile hekimliği birimi, sözleşmeli olarak çalışan bir aile hekimi (AH) ve en az bir aile sağlığı elemanını (ASE) içermektedir. Aile hekimliği kanununun 8. maddesine göre oluşturulan “Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği” görev tanımlarını ve işleyiş esaslarını içermektedir. Bu yönetmelik 16/05/2017 tarih ve 30068 sayı ile güncellenmiştir (30).

a. Aile Hekimin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

- Ekibinin denetimi yapmak ve hizmet içi eğitimlerinin düzenlenmesini yapmak
- Bakanlığın veya Kurumun düzenlediği sağlık programlarını yürütmek
- Çalıştığı bölgenin üst kurumuyla(TSM/ İlçe Sağlık Müdürlüğü) işbirliği içinde olmak, çevre ve toplumla ilgili durumları bu kuruma bildirmek

- Kayıtlı kişilerle iletişime geçmek bunun için ilk 6 ayda ev ziyareti yapmak
- Kayıtlı kişilerin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık ve danışmanlık hizmetlerini sunmak
- Kayıtlı kişilere üreme sağlığı, ana çocuk sağlığı hizmetlerini vermek
- Sağlık muayenelerini periyodik olarak yapmak
- Kayıtlı kişilerine uygun tarama ve izlem programlarını gerçekleştirmek (kanser, gebe, lohusa, yeni doğan, bebek-çocuk, ergen, yaşlı vb)
- Engelli, yatalak vb. hastalar için ev ziyaretleriyle, gezici/yerinde sağlık hizmetleriyle koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık ve danışmanlık hizmetleri sunmak.
- Teşhis ve tedavinin Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) sağlanamadığı durumlarda ikinci, üçüncü basamak kurumlarına sevk etmek, sonuçların geri bildirimini sağlamak ve bu kurumların verdiği tedavi ile rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili ev ziyaretlerinin koordinasyonunu sağlamak
- Tetkik hizmetlerini sağlamak
- Sağlık hizmetleriyle ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve ilgili birimlere bildirmek

b. Aile Sağlığı Elemanlarının Görev, Yetki ve Sorumlulukları:

- Verdiği hizmetlerle ilgili istatistik ve kayıtları tutmak
- Aile hekimlerine tanımlanan görev, yetki ve sorumluluklarda ilgili hekimle ekip anlayışı içinde çalışmak
- Aile sağlığı elemanına tanımlı görev, yetki ve sorumluluklar;
- Yaşamsal bulguları ölçmek ve kaydetmek
- Pansuman ile ilgili hizmetlerini sağlamak
- Poliklinik hizmetlerinde yardımcı olmak, gerekli durumlarda sevk yapılmış hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonu sağlamak
- Numune almak ve ilgili kurumlara teslimini sağlamak
- Gezici/yerinde sağlık hizmetlerini, üreme sağlığı ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmek
- Evde sağlık hizmetleriyle ilgili aile hekimine yardımcı olmak
- Kurumun verdiği hizmet içi eğitimlere katılmak

- Aile hekiminin ve kurumun (yönetmelikte THSK) verdiği diğer görevleri yerine getirmek

4. Mevzuatta Aile Sağlığı Merkezine(ASM) Bağlı Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplaması

Aile Sağlığı Merkezleri'nde AHB'ler fiziki özelliklerine ve verilen sağlık hizmeti içeriğine göre gruplandırılmaktadır. Tüm gruplarda asgari şartlar hastaların müracaatlarının sıra takip sistemiyle yönlendirilmesi, bekleme alanında sağlığı geliştirici eğitim amaçlı uygun TV vb. cihazların bulunması, asgari 20 m² bekleme alanı, her aile hekiminin 10 saat temizlik personeli çalıştırması, bebek dostu aile hekimliği birimi belgesi bulundurması ve bu hizmeti sağlaması şeklindedir. Aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası, gebe ve üreme sağlığı hizmetleri odası, emzirme odası veya bölümü oluşturma, ASE dışında personel bulundurma, esnek mesai uygulaması, kamera sistemi, engelliler için özel tuvalet, güncel internet sayfası vb. uygulamalarla gruplandırmalar değişip, şekillenmektedir(30).

Tablo 1: Aile Sağlığı Merkezine Bağlı Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması

STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu
Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.	+	+	+	+
Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+
Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).	+	+	+	+
Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur (gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).		+	+	+
Aile sağlığı merkezinde gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m ² 'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir "gebe izlem ve üreme sağlığı odası" planlanır).			+	+
Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² 'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır.				+
Aile sağlığı merkezinde gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir adet müdahale odası planlanmıştır.				+
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+
Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 9 uncu satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.				+
Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (gruplandırılmış 5 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır)			+	+
Aile sağlığı merkezine ait güncel internet sayfası bulunmaktadır				+
Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.				+
Bebek dostu aile hekimliği birimi belgesine sahip olup bu hizmet sunulmaktadır.	+	+	+	+
Aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülendiği güvenlik kamera sistemi mevcuttur.		+	+	+

*Kaynak: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Değişik:RG-16/5/2017-30068) EK-1(30)

Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde dönem dönem güncellemeler yapılmaktadır. En son 16.5.2017 tarihinde 30068 sayı ile Resmi Gazete'de güncellenmiş hali yayınlanmıştır. Değişiklik öncesinde A ve B grubu olmak için AHB'de çalışan hekim ya da ASE'nin rahim içi araç(RİA) uygulama sertifikası bulundurması ve RİA uygulaması hizmeti vermesi bir gruplandırma kriteri iken, güncellenen yönetmelikle bu kaldırılmıştır. Tüm birimlerin 'Bebek dostu belgesi' bulundurması ve uygulaması güncellenen rehberle birlikte eklenen uygulamalardandır(31).

E. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ÇALIŞAN AİLE SAĞLIĞI ELEMANININ ÖZELLİKLERİ

Ülkemizde çalışan ASE'ler farklı meslek gruplarından olabilmektedir. Aile hekimliği uygulamasının kabulüyle aynı hizmetleri sağlaması beklenen bu meslek gruplarının mevzuatta tanımlanan görev yetki sorumlulukları birbirinden farklıdır.

1. Ebelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

“Ebelik hekimlik kadar eski bir sanattır.” İlk zamanlarda anneden kıza geçen bir meslek iken daha sonra eğitimi olmayan kişilerin uygulaması yasaklanmıştır. 1848 yılında kurslar ile başlayan eğitim süreci ebe-hemşire yetiştiren meslek liselerine dönüşmüştür(21). 1996 yılından beri lisans düzeyinde devam etmekte, lisansüstü eğitimlerde yapılabilmektedir(32).

Ebelik mesleğinin mevzuattaki görev yetki ve sorumlulukları;

- Gebelik öncesi, süreci ve sonrasıyla ilgili üreme sağlığı, cinsel sağlık hizmetlerini yürütmek ebelerin görevleri arasındadır. Aynı zamanda doğurganlık sürecindeki kadın izlemelerini yapar.
- Doğum sürecinin takibi ve doğumun yaptırılmasını sağlar, riskli doğum olduğu durumlarda hekimi de bilgilendirerek müdahalelerde bulunur veya sevkini sağlar.
- Acil doğum sürecinde Bakanlıkça uygun görülen yönetim süreciyle, ilaç uygulamalarını yapar.
- Doğum sonrası anne-bebek bakımına dair danışmanlık ve eğitim sağlar.
- Aile planlaması, kadın ve yeni doğan taramalarını uygular.
- 0-6 yaş çocuk izlem ve bağışıklama programlarını yürütür(33).

2. Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Cumhuriyet öncesi dönemde savaşların olması ve bu dönemdeki hekim eksikliği sebebiyle dönemin askeri hekimi Besim Ömer Paşa Japonya’da kullanılan kadın hastabakıcı yetiştirilmesini sağlayan sistemim ülkemizde uygulanmasını sağlamıştır (1911 sonrası dönem). Böylece derslerini kendisinin verdiği “Gönüllü Hastabakıcılık Kurs’larını” başlatmış ve devam eden yıllarda okullaşma başlamıştır. Ebe, hemşire ve sağlık memuru yetiştiren sağlık meslek liseleri açılmıştır. 1950 sonrası lisans ve sonrasında lisansüstü eğitimleri başlamıştır(34). Kurs eğitimleriyle başlayan eğitim süreçleri günümüzde yerini lisans ve lisansüstü eğitime bırakmıştır(21, 34).

Hemşirelik; bireylerin var olan ya da olabilecek hastalıklarıyla ilgili bakım ve yaklaşımı sağlamak olarak tanımlanmıştır(35).

Hemşirelik mesleğinin mevzuattaki görev, yetki ve sorumlulukları;

- Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunmasını, geliştirilmesini sağlamak, hastalıklarına yönelik hekimin verdiği tanı ve tedavi planını uygulamak, güvenli ve sağlıklı bir çevre sağlamak
- Eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, iletişim ve işbirliği görevleri yapmak
- Bireyin, ailenin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirlemek ve uygun bakım hizmetini sağlamak. Uygulama sonuçlarını değerlendirerek görevlerinde iyileştirmelerde bulunmak
- Mesleki bilgi ve becerileriyle, bireylere yaşadıkları ortamlarda doğum öncesinden başlayan tüm yaşam evrelerinde hemşirelik bakımı sağlamak
- İnsan gücü ve diğer kaynakların yönetimini sağlamak
- Acil durumlar dışında hekimin talep ettiği tanı ve tedavi planını uygulamak. Acil durumlarda hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak.
- Tanı ve tedavi süreçlerini izlemek ve istenmeyen durumları hekime bildirmek.
- Yaptığı uygulamaları kayıt altına almak(36).

3. Acil Tıp Teknisyenlerinin (ATT) Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Acil tıp teknisyenleri meslek lisesi, önlisans veya lisans mezunu olarak çalışabilmektedirler(37).

ATT’lerin mevzuattaki görev, yetki ve sorumlulukları;

- İntravenöz ve intraosseöz girişimlerde bulunmak ve yapmak.

- Hava yolu girişim ve uygulamalarında bulunmak (endotrakeal entübasyon, oksijen)
- Temel yaşam desteği protokollerinin uygulanmasında görev yapmak(defibrilasyon, monitörizasyon vb).
- Travma stabilizasyonunda bulunmak.
- Kanama kontrol görevi yapmak.
- Hastaların uygun taşınıp, nakil edilmesini sağlamak.
- Acil doğumlarda yardımcılık görevinde bulunmak
- Ambulansın teknik yönden, tıbbi araç gereç malzemeleri yönünden hazır bulundurmak ve ambulans sürücülük görevi de bulunmaktadır (33).

4. Sağlık Memurlarının (SM) Görev Yetki ve Sorumlulukları

Hekim olmayan sağlık personeli 1846 yılında çiçek aşısının uygulanması için görevlendirilmiştir. Refik Saydam 1924 yılında 2 okul açmıştır. Bu memurlar merkez ve köylerde koruyucu sağlık hizmetlerinde, sağlık ve sosyal işlerde hekime yardımcı personel olarak planlanmıştır. Görevleri dönem içinde genişlemiş eczane teknisyenliği, laboratuvar teknisyenliği, tıbbi sekreterliğe kadar pek çok görevi üstlenmişlerdir. Sağlık Ocağı modelinde okul sağlığı, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi hizmetleriyle görevlendirilmişlerdir(21).

2014 yılında yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik”te görev, yetki ve sorumluluk tanımlaması yapılmamıştır.

V. GEREÇ VE YÖNTEM

A. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, fenomenolojik desen ve niteliksel araştırma teknikleri kullanılarak tanımlayıcı bir çalışma olacak şekilde planlanmıştır. Bu araştırma tipiyle kişilerle ilgili süreçlerin, olayların, kavrayış ve anlayışlarının ayrıntılı bir tanımını yapmak amaçlanmıştır(38).

B. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma; İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınan izin (bkz. EK 6) ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile imzalanan protokol (bkz. EK 5) çerçevesinde, Eylül 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında Bahçelievler ilçesine bağlı Aile sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma:

Literatür taraması: Ocak 2017-Aralık 2018

Anket oluşturma: Mart-Haziran 2017

Evren bilgilerini toplama ve örneklem oluşturma: Kasım ve Aralık 2017 tarihleri arasında

Saha uygulaması: Ocak ve Haziran 2018 tarihleri arasında

Verilerin transkripsiyonu: Mayıs ve Eylül 2018 tarihleri arasında

Verilerin analizi: Ekim ve Kasım 2018 tarihleri arasında

Tez yazımı: Temmuz ve Aralık 2018 tarihleri arasında

olacak şekilde bir çalışma süreci izlenerek sürdürülmüştür.

C. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

1. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Niteliksel araştırmalarda gerek evrenin farklı algılanışı gerekse küçük gruplarla derinlemesine yapılacak araştırma modeli söz konusu olduğundan, örneklemün gerçek evreni temsil etmesi ve sonuçların evrene genellenmesi gibi istatistiksel kaygılarla örnek büyüklüğü hesapları içermeyen, olasılığa dayanmayan örneklerle çalışılmaktadır. Bu araştırma sırasında da evreni temsil edecek bir örnek büyüklüğü hesabı yapılmamış, olasılıklı örnekleme

yöntemlerine yer verilmemiş, görüşülecek kişilerin seçilmesinde olasılıksız örnekleme yöntemleri kullanılmıştır.

Çalışmada yer alacak katılımcılar maksimum çeşitlilik örnekleme ile seçilmiştir. Kullanılan bu yöntem amaçlı örneklemin bir çeşididir. Amaç farklı değişkenlerin duruma etkisini daha küçük bir örneklem sayısı ile ortaya koymaktır(39). Bu örnekleme ASE'nin meslek grubu (hemşire, ebe, ATT vb), ASE'nin aile hekimliği uygulaması içerisinde çalışma süresi (3 yıldan az – 3 yıl ve üzeri) ve Aile Hekimliği Birimi(AHB) gruplaması kriterleri göz önünde bulundurularak belirlenmiştir.

ASE olarak çalışan kişilerin meslekleri birbirinden farklı olmaktadır. Hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni (ATT) ve sağlık memurluğu (SM) mesleklerine sahip bu kişiler; ebeler, hemşireler ve diğer (SM ve ATT) şeklinde 3 grup olarak değerlendirmeye alınmıştır. Sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni mesleklerine sahip aile sağlığı elemanlarının sayıları çok az olduğundan bu gruptan daha az kişiyle görüşülmüştür.

Araştırma planlaması sürecinde, Aile Hekimliği Sistemi İstanbul'da 7 yıldır uygulanmaktaydı. Süre açısından Aile Hekimliği Sistemi'nde 3 yıldan az çalışma süresi olan kişiler bir grup, 3 yıl ve üzerinde çalışma süresi olan kişiler diğer grubu olacak şekilde kriter belirlenmiştir.

AHB'ler; A, B, C, D sınıflarından ve sınıflandırılmamış birimlerden oluşmaktadır. Bu sınıflar AHB'nin fiziki koşullarına, mesai saatlerine ve yapılan işlemlere bağlı olarak belirlenmektedir. A ve B gruplarında esnek mesai uygulaması yapılması ve fiziki koşulları açısından daha donanımlı olmasıyla C ve D gruplarından ayrılmaktadır. A ve B bir grup, C ve D bir grup olacak şekilde 2 grup oluşturulmuştur. Gerekli herhangi bir fiziki koşul açısından değerlendirilmemiş, yeni açılan AHB'ler sınıflandırılmamaktadır. Bu grup koşulların değerlendirmesi yapılmamış olduğundan çalışmanın dışında bırakılmıştır. Çalışmaya sözleşmesi olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş kişiler alınmıştır.

ASE'lerden ebe ve hemşireler için her kriteri sağlayan 2'şer kişi; ATT ve SM'leri için 1'er kişi olacak şekilde 20 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Görüşmeyi kabul eden ve ulaşılabilen 20 ASE'nin özellikleri Tablo 2'deki gibidir.

Tablo 2: Örnekleme Seçilecek Aile Sağlığı Elemanlarının Özellikleri

Meslek	Çalışma Süresi	AHB Grubu	Hedeflenen Kişi Sayısı	Görüşülen Kişi Sayısı
EBE	<3	A ve B	2	1
		C ve D	2	3
	3 ve >3	A ve B	2	1
		C ve D	2	2
HEMŞİRE	<3	A ve B	2	2
		C ve D	2	1
	3 ve >3	A ve B	2	3
		C ve D	2	3
DİĞER (SM-ATT)	<3	A ve B	1	2
		C ve D	1	0
	3 ve >3	A ve B	1	1
		C ve D	1	1

ASE'lerin görev tanımlarının şekillenmesinde, bu görevlerin sağlık hizmeti sunumuna etkisinde; birlikte çalıştıkları hekimleri ile bu birimlerin takibini ve denetimini yapan kişilerinde yaklaşım ve düşünceleri önemlidir. Bu sebeplerle çalışmaya seçilen ASE'lerin birlikte çalıştıkları hekimlerle (20 kişi) de görüşülmesi planlanmıştır. Ancak bazı aile hekimleri görüşmeyi kabul etmemiş veya ulaşılamamıştır. Yedekler içinde ulaşılabilen 18 hekimle görüşülmüştür.

Aile sağlığı merkezlerinin bağlı olduğu İlçe Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan; ilçedeki aile sağlığı merkezlerinin denetimlerinde ve yönetimde görevli iki kişi, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'nda Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili biriminde çalışan başkan yardımcısı veya birim sorumlularından bir kişi belirlenmiştir. Daha önce birinci basamak sağlık hizmetleri alanında üst düzey yönetici olarak çalışmış bağımız 1 kişide görüşülecek kişilere eklenmiş ve toplamda 42 kişiyle görüşülmüştür.

İlçe Sağlık Müdürlüğü'nden AHB gruplaması, ASE'nin AHB'deki çalışma süresi ve meslek bilgileri gibi kriterlerde değişkenlik olabileceği düşünülerek İlçe Sağlık

Müdürlüğü'nde ilgili birimdeki kişiden Bahçelievler Bölgesinde çalışan ASE'lerin güncel listesi alınmıştır. Liste Excel programında düzenlenmiştir.

Aile hekimliği biriminde “sadece ASE” ve “sadece AH” olan birimler çıkarılmıştır. Birimlerde sözleşmeli çalışan ASE ve AH'ler çalışmaya dahil edilmiş; AH'ler tarafından çalıştırılan hekim dışı sağlık personeli ve görevlendirmeli çalışan sağlık personelleri örneklemin dışında bırakılmıştır. Araştırma sırasında Bahçelievler ilçesindeki 151 Aile Hekimliği Birimi'nin bu özellikleri sağladığı bulunmuştur. Bu AHB'lerin 89'u ebe, 50'si hemşire, 7'si ATT, 5'i SM sözleşmeli ASE olarak görev yapmaktaydı. Bu kişilerden örneklem seçimi için belirlenen kriterleri sağlayan ASE sayısı hedeflenenden fazla olduğu durumda random.org sitesi kullanılarak rastgele bir seçim yapılmıştır. Seçilen her bir kişi için yedeği de seçilmiştir.

2. Aile Sağlığı Elemanları ile Görüşmeler

Seçilen ASE'lerin tümüyle görüşülmüştür. Evrenimiz içinde kriterler açısından; C-D grubu AHB'de çalışan, 3 yıldan az tecrübeye sahip olan bir hemşireyle görüşme yapılabilmiştir. Kriterleri sağlayan ASE'ler içinde evren taranmış fakat hepsinin deneyim süresinin 3 yıldan fazla olduğu görülmüştür. Bu sebeple daha önce belirlenip, deneyim süresi 3 yıldan az olduğu sanılan, fakat görüşme sırasında 3 yıldan daha fazla olduğu anlaşılan hemşire de görüşmelere dahil edilmiştir. Bir hemşirenin mesleği İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde ebe olarak girilmiştir. Böylece görüşülen ebe sayısında hedeflenende 1 eksiklik, hemşire sayısında 1 fazlalık olmuştur. Toplamda 20 ASE ile görüşme sağlanmıştır.

3. Aile Hekimleri ile Görüşmeler

Görüşmelerin planlaması aşamasında görüşmeyi reddeden bir hekimin ASE'si de izinde olduğu için yedeklerden bir birim seçilerek görüşme yapılmıştır. Belirlenen 20 AH'den 4'ü; “zamanının olmadığı, başka işlerinin olduğu ve zaten emekli olma zamanının geldiği için verebileceği bilgi olmadığı” gibi gerekçelerle görüşmeyi reddetmiştir. Hekimlerden 1'i Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı kazandığı için görüşme yapılamadan yerinden ayrılmıştır Bu 4 hekim için yedeklerde olan 2 farklı hekimle görüşme yapılmıştır. Hekimlerden alınan bilgi açısından saturasyona ulaşıldığı için, hekimlerle yapılan görüşmeler 18 kişi ile sonlandırılmıştır.

4. Anahtar Kişi Görüşmeleri

İlçe Sağlık Müdürlüğünde ilgili ve yönetim alanında çalışan 2 kişi ile randevu alınarak çalıştıkları İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde görüşme sağlanmıştır.

İl Sağlık Müdürlüğü'nün Halk Sağlığı Başkanlığı'nda aile hekimliği ile ilgili alanda üst düzey yönetici olarak görev yapan 1 kişi ile kişinin uygun olduğu zamana randevu alınarak İl Sağlık Müdürlüğü'nde görüşme gerçekleştirilmiştir.

Daha önce Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, İstanbul Halk sağlığı Müdürlüğü gibi kurumlarda üst düzey yönetici olarak çalışmış, ayrıca bir süre Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda akademisyen olarak görev almış; şu an özel bir kurumda çalışmaya devam eden bağımsız 1 kişi ile kişinin belirlediği mekanda görüşme yapılmıştır.

D. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

1. Görüşme Formlarının Hazırlanması

Yapılandırılmış görüşme formu nicel, nitel araştırmalar taranarak; ayrıca mevzuatta ASE'ler için tanımlanmış görev ve kavramlar göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Oluşturulan form daha önce niteliksel çalışmada çalışmış deneyimli kişilerce (3 kişi) düzenlenmiştir. Bu form hekimler ve anahtar görüşülenler için ASE'lerin sorularına paralellik içerecek şekilde uyarlanmıştır.

2. Görüşmelerin Genel Özellikleri

Araştırma için belirlenen kişilerle ilk önce tanışmaya ve randevu alınmaya gidilmiştir. ASE'ler öncelikli olmak üzere tanışılmış ve görüşme zamanı planlanmıştır. Zaman olarak net belirlenemeyen kişilerden iletişim numaraları alınarak, daha sonra telefon görüşmeleriyle zaman planlanmıştır.

Araştırma kapsamındaki görüşmeler 40-60 dakika süren, izin verdikleri sürece ses kaydı alınarak yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Ses kaydına izin verilmeyen durumlarda görüşmeler araştırmacı tarafından yazılarak kaydedilmeye çalışılmıştır.

Katılımcılarla yapılacak tüm derinlemesine görüşmelerde etik ilkelere uyularak, katılımcılara araştırma hakkında aydınlatıcı bilgi verilerek onamları alındıktan sonra bilgi toplanmıştır. Kişilere ait tüm bilgilerin toplanması ve saklanması sırasında gizlilik ilkesine dikkat edilmiştir. Araştırma boyunca araştırmacı tarafından saha notları tutulmuş ve kaydedilmiştir. Görüşmeler katılımcıların kendi odalarında, aşı odalarında, aile planlaması odalarında veya onların uygun gördükleri herhangi bir yerde baş başa olacak şekilde gerçekleşmiştir. Görüşmeler sırasında hasta gelmesi durumunda görüşmeye ara verilmiş, ilgili işlem bitiminde görüşmeye devam edilerek tamamlanmıştır.

Yönetim alanında çalışmış veya çalışmakta olan 4 kişiyle görüşmeler de ses kaydı alınarak yapılmıştır.

3. Çalışmanın Ön Uygulamasının Yapılması (Pilot Görüşmeler)

Çalışma bölgesinden farklı olan bir ilçede (Fatih) gönüllü 1 aile hekimi, gönüllü 1 aile sağlığı elemanı ile görüşmeler yapılarak hem görüşme formu denenmiş hem de öncesinde çalışmaya dair tecrübeler (görüşme süresinin planlanması ve görüşülenlere bilgi verilmesi ile ilgili tecrübe, iletişime dair tecrübe) edinilmiştir. Bu görüşmeler bulgulara kullanılmamıştır.

E. VERİLERİN ANALİZİ

Toplanan verilerin analizi; kodlanması, yorumlanması ve raporlanması tezi yapan araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Kodlar ve temalar tez danışmanı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma süresince yapılan ses kayıtları ve tutulan notlar Word programında düz yazı haline getirilmiştir. Veri analizinde ilk adım olarak, çözümleme amacı ile görüşme notları içerisinde var olan her türlü kavram ve ifadenin ayrıntılı şekilde incelenip kodlanması, daha sonra kategori ve temalar oluşturularak uygun teorik açıklamalara ulaşılması hedeflenmiştir. Veri analizinin başlangıcında, kullanılabilecek kodları ve kavramları ortaya çıkarmaya yönelik literatür desteğiyle kod listesi oluşturulmuş ve bu liste görüşme çözümlemeleri sırasında genişletilmiştir. Görüşme çözümlemeleri sırasında gerçek isimler yerine görüşme sırasına göre görüşme numarası verilmiştir (Görüşme no).

Analiz için niteliksel araştırmalarda kullanılan Atlas.ti programı ile içerik analizi yapılmıştır.

F. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma niteliksel araştırmaya yöntemiyle yapıldığı için topluma ya da bölgeye genellenme kaygısı taşımamaktadır. Çalışmada görüşmeler ve el edilen bulguların analizi sadece tez sahibi tarafından yapılmış bu alanda triangulasyon sağlanamamıştır. Ayrıca farklı bir niteliksel veri toplama yöntemi ile triangulasyon sağlanması uygulaması da yapılmamıştır.

Araştırmanın yapıldığı bölgede çalışan ASE'lerin sadece kadın cinsiyette olması sağlık hizmeti sunumu ve görev tanımlarının şekillenmesinde cinsiyet faktörünün değerlendirmesi yapılamamıştır.

Araştırma planlanırken ASM’de çalışan hekimdişı diğerk sağlık personelininde sağlık hizmetleri sunumunda rol almasına rağmen, bizim grubumuzda bu kişiler dışlanma kriterleri içerisinde yer almıştır. Bu kişilerin ASE nin rolü ve sağlık hizmetleri sunumu değerlendirilmesi yapılamamıştır.

Görüşülenlerin bilgileri saklaması ya da olduğundan farklı söylenmesi çalışmamızın doğasında var olup görüşmeler sırasında kişiler olağandan farklı bilgiler vermiş olabilir.



VI. BULGULAR

Araştırmada bulguların sunumu görüşülenlerin temel özellikleri, aile sağlığı merkezi ile ilgili temel kavramlar ve birinci basamak sağlık hizmetinde hizmeti sunanların rolleri (görev tanımları) ve hizmet sunumu başlıkları altında incelenmiştir. Her bir görüşme için görüşülenlere ‘‘Görüşülen Numarası (Görüşme No)’’ verilmiştir. Alıntılar ifade edilirken: *meslek, yaş, AHB grubu, ASM’deki mesleki deneyim süresi-(görüşülen no)* gibi temel özellikleri ile sunulmuştur.

A. GÖRÜŞÜLEN KİŞİLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

1. Aile Sağlığı Merkez’i Çalışanlarının Özellikleri

Araştırmada; 22 AHB’nin 16’sında hem AH hem de ASE’siyle görüşme yapılmıştır. 20 ASE ve 18 hekim ile görüşmeler gerçekleştirilebilmiştir. ASE’lerin ve hekimlerin özellikleri Tablo-3’te gösterilmiştir.

Ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul eden ASE’lerin 9’u hemşire, 7’si ebe, 2’si ATT ve 2’si SM’dur. Eğitim açısından lisans, ön lisans ve lise düzeylerinde eğitime sahiptir. Lisans mezunu bazı ASE’lerin bu lisans eğitimini sonradan alarak tamamladıkları görüşmelerde ifade edilmiştir. Çalışma tecrübesi açısından değerlendirildiğinde grubumuzda 3 yıl altı tecrübesi olan 9, 3 yıl ve üzeri tecrübesi olan 11 ASE bulunmaktadır. ASE’lerin tamamı kadındır.

Görüşülen AH’lerinin 9’u kadın, 9’u. erkektir. Hekimlerin; 14’ü pratisyen hekim, 4’ü uzman aile hekimidir. Aile hekimliği sisteminde çalışma süresi olarak incelediğimizde en az 1, en fazla 7 yıldır ASM’de çalışmaktadırlar. 7 yıldır ASM’de çalıştığını belirten pek çok hekim sağlık ocağı döneminde de birinci basamakta çalıştığını belirtmiştir.

Hem AH’lere hem de ASE’lere AHB gruplamaları sorulmuştur. Aynı birimde çalışan bazı ASE’ler ve AH’ler arasında farklılık tespit edilmiştir. İlçe Sağlık Müdürlüğü’nden elde edilen verilerle karşılaştırıldığında AH’lerinin verdiği cevapların uyuştugu bulunmuştur. 23. , 1. ve 13. ASE’lerin çalıştıkları birimin grubunu yanlış bildiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Aile Sağlığı Elemanlarının ve Aile Hekimlerinin Temel Özellikleri

Aile Sağlığı Elemanının Bilgileri					Aile Hekiminin Bilgileri				
Görüşme No*	Meslek	Eğitim	ASM'de Çalışma	AHB	Görüşme No*	AHB	Cinsiyet	Meslek	ASM'de Çalışma
31	Ebe	Lisans	3 yıl altı	B	35	B	Kadın	Uzman AH	4 yıl
7	Ebe	Lisans	3 yıl altı	D	8	D	Erkek	Pratisyen	3.5 yıl
10	Ebe	Lisans	3 yıl altı	D	20	D	Erkek	Pratisyen	7 yıl
23	Ebe	Lisans	3 yıl altı	D**	25	C	Erkek	Pratisyen	7 yıl
11	Ebe	Lisans	3 yıl ve üzeri	B	12	B	Kadın	Pratisyen	7 yıl
15	Ebe	Lisans	3 yıl ve üzeri	C	Görüşülemedi.				
21	Ebe	Lisans	3 yıl ve üzeri	D	Görüşülemedi.				
Yedek Hekim					24	C	Kadın	Uzman AH	7 yıl
4	Hemşire	Lisans	3 yıl altı	B	Görüşülemedi.				
33	Hemşire	Lisans	3 yıl altı	A	38	A	Erkek	Pratisyen	3.5 yıl
13	Hemşire	Ön lisans	3 yıl altı	Yok**	17	D	Kadın	Pratisyen	7 yıl
34	Hemşire	Lisans	3 yıl ve üzeri	B	Görüşülemedi.				
30	Hemşire	Ön lisans	3 yıl ve üzeri	B	27	B	Erkek	Pratisyen	5 yıl
3	Hemşire	Lisans	3 yıl ve üzeri	B	2	B	Kadın	Pratisyen	7 yıl
Yedek Hekim					40	A	Erkek	Pratisyen	2 yıl
1	Hemşire	Ön lisans	3 yıl ve üzeri	D**	6	C	Kadın	Pratisyen	7 yıl
28	Hemşire	Lisans	3 yıl ve üzeri	D	32	D	Kadın	Uzman AH	1 yıl
16	Hemşire	Lisans	3 yıl ve üzeri	D	14	D	Kadın	Uzman AH	7 yıl
5	SM	Lise	3 yıl altı	A	9	A	Erkek	Pratisyen	4 yıl
22	SM	Lise	3 yıl altı	A	29	A	Erkek	Pratisyen	6 yıl
26	ATT	Lise	3 yıl ve üzeri	B	37	B	Kadın	Pratisyen	7 yıl
18	ATT	Lise	3 yıl ve üzeri	D	19	D	Erkek	Pratisyen	7 yıl

Her birimin ASE ve AH'sinin bilgileri karşılıklı şekilde verilmiştir.

*: Kişilerle görüşme sırasına göre verilmiş numaralardır.

**: AHB grubunu yanlış belirten ASE'ler

2. Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Diğer Kişilerin Özellikleri

Araştırmada görüşülen anahtar kişilerden biri il düzeyinde, bir diğeri ilçe düzeyinde Aile hekimliği Uygulaması ile ilgili görevlerde yöneticilik yapmaktadır. Her iki kişi de hekimdir (41. ve 36. hekimler). İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan yönetici bu görevi yaklaşık 2 yıldır yürütmektedir. 5 yıldır ilçe Sağlık Müdürlüğü'nden çalışan yönetici ise bu görevi 4 aydır yürütmektedir.

Aile hekimliği uygulamasının sahadaki işleyişinin ilçe düzeyinde denetiminde görevli kişi, İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan bir hemşiredir ve bu görevi 6 yıldır yürütmektedir.

39. görüşülen kişi; çalıştığı dönem isimleri İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü olan kurumda (şimdiki adı: İl Sağlık Müdürlüğü) 1.5 yıl, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nda(şimdiki adı: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) 7 ay olmak üzere ilde ve ülkede üst düzey yöneticilik görevlerini yerine getirmiştir. Ayrıca bu kişi 22 yıl Halk Sağlığı alanında akademisyenlik görevinde de bulunmuştur.

Tablo 4 Anahtar Kişilerin Özellikleri

Görüşme No	Çalışılan Görev	Çalışılan Kurum	Daha önceki Görevleri	Meslek	Yaş	Medeni durum	Cinsiyet
39	İş yeri hekimliği	Bağımsız kurum	Üst düzey yöneticilik(THSK, İHSM) Akademisyenlik	Hekim	51	Evli	Kadın
41	Yönetici düzeyinde	İlçe Sağlık Müdürlüğü	S. O. Ve 112'de çeşitli görevler	Hekim	42	Evli	Kadın
42	Denetleme birim çalışanı	İlçe Sağlık birimi	S.O. ve diğer birinci basamak kurumları	Hemşire	44	Evli	Kadın
36	Yönetici düzeyinde	İl Sağlık Müdürlüğünde	Çeşitli birimlerde yöneticilik, Aile hekimliği	Hekim	37	Evli	Erkek

(*THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, İHSM: İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü)

3. Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Aile Sağlığı Merkezinde Çalışmayı Tercih Etme Sebepleri

Aile sağlığı merkezi çalışanlarının ASM'de çalışma nedenleri incelendiğinde ASE'ler en fazla ailevi sebepler (çocuğunun olması), ulaşımın kolay olması ve nöbetin olmamasını tercih sebepleri arasında belirtmişlerdir. Bunların dışında kadın cinsiyete çalışmak için uygun ortam olması, düzenli bir çalışma ortamının olması, verilen hizmetlerin ilgi duydukları konularda olması, arkadaşının ASM'de çalışmayı önermesi, belirli bir nüfusla çalışabilme

imkanı ekonomik olarak tatmin edici olması, ekip çalışması yapılabilmesi ve evli olmak diğer nedenler olarak karşımıza çıkmıştır. Bu nedenler görüşülenler tarafından şöyle ifade edilmiştir;

“Bir daha çalışmak istesem mesela çocuklarımın bakıma ihtiyacı olmasa, biri okula gidiyor, biri yanımda olmasa kesinlikle hastanede doğumhane derim [Ebe, 32 yaş, D grubu, 2 yıl-(7)]
“

“Birinci önceliğim evime yakın olması [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)] “

“O konuda yine ASM tarzı bi yerde çalışmak isterdim çünkü nöbet olayı hastanede daha yoğun oluyor ve daha yorucu. [Hemşire, 41 yaş, D grubu, 6 ay - (13)]”

“Düzen teşkil eden bir yerde çalışmak daha kolay tabii ki. Burada bir düzeniniz var. [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]”

“ASM’de biraz daha düzenli bir hayatınız olabiliyor en azından bir kadın olarak düşünürsek. Daha avantajlı olduğunu düşünüyorum. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]”

“Çok rahat bir iş olduğunu savunamam ama her işinde zorluğu var. Ben severek yapıyorum. Halk sağlığı zaten çok sevdiğim alandı benim. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]”

“Sürekli bildiğimiz hastalar takip ettiğimiz hastalar. [Acil tıp teknisyeni, 32 yaş, B grubu, 6 yıl - (26)]”

“İlk etapta ekibin güzel olması. Hekim arkadaşımın uyumlu olması. ASE arkadaşlarımın uyumlu olması tercih sebebim [Hemşire, 48 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (33)]”

“Hem maaşı toplum sağlığı merkezinden yüksek. ... Bir arkadaşımla bunu tercih ettim. Toplum sağlığı merkezinde yani o dönem çok az maaş alıyorduk bundan 3 sene 3.5 sene öncesinde. Burayı tercih etmemizde açıkçası bu var. [Sağlık memuru, 23 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (5)]”

ASE’lerin bazıları eski işiyle ilgili sorunlar yaşadığı için ASM’yi tercih etmek zorunda kalmasını “TSM’de çalışan kişiler en fazlası 3 gün çıkarken ben 7 günlük yerde 5 gün çıktım aşığı. Birde onun devamında aşıdan döndükten sonra çetelemesini yapıyorsunuz, normal bir sonraki programı yapıyorsunuz. Yani o dönem beni yıprattığı için. Birden araştırmadan geçtim ASM’ye. [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]” şeklinde ifade etmiştir.

Bazı ASE’ler seçme şansı olsa hastane vb. kurumları tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Ancak atanma döneminde aile hekimliği uygulamasına geçildiği için, tercih seçeneklerinin arasında TSM’lerin olduğunu ve ASM’yi seçmek zorunda kaldığını “Okul dönemindeyken lisansta, atama döneminde bu aile hekimlikleri yeni yeni ortaya çıkmıştı ve sadece toplum sağlığı merkezlerinde açıklar vardı. Hani hastanede çok fazla yoktu o yüzden

bende toplum sağlığı merkezini tercih etmek durumunda kaldım. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)] '' şeklinde açıklamıştır.

ASE'lerden bazıları ilerleyen yaşlara ulaştıklarında hastanelerin koşullarının kendilerine uymayacağını dışındıkları için ASM'yi tercih ettiklerini aşağıdaki alıntıdaki gibi belirtmişlerdir: *"Yani ben 58 yaşında emekli olcam, hatta belki 65 yaş üstü olabilir. Bu durumda nasıl hastanede çalışabilirim ki. Aslında hastanede çalışmaya uygun bir personelim 23 yaşındayım, daha gencim. Aslında hastane çok yıpratmasa hastaneyi tercih ederim.[Sağlık memuru, 23 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (5)] ''*

Hekimlere birlikte çalıştıkları ASE'lerin ASM'de çalışmayı tercih etme sebepleri hakkındaki görüşleri sorulduğunda; bir kısmı bu konuyu daha önce ASE'siyle konuştuğunu ve buna dayanarak, bir kısmı ise kendi tahminlerine göre yanıtlar vermiştir. Bir hekim ASE'sinin tercih sebebini bilmediğini *"Bilmiyorum onu hiç konuşmadık [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)] ''* şeklinde ifade etmiştir.

Hekimler de ASE'lerin ASM'lerde çalışmayı tercih etme nedenleri arasında; nöbet olmaması, ailevi sebepler (ocuklarının olması) kadın cinsiyet için uygun olması, düzenli çalışma ortamı, ilgi duyulan çalışma alanı olması, ulaşımın kolay olması, ekonomik gerekçeler ve ileri yaşta diğer kurumlarda çalışmanın zor olmasını saymıştır. Verilen cevaplar ASE'lerin cevaplarıyla uyumludur. Alıntılarda;

"Genelde ASE'ler bayan çocukları oluyor, şeyi oluyor o açıdan onlar içinde nöbet olmaması 8-5 çalışabilmesi daha avantajlı onlar için [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)] ''

"O da aynı, o da eşi rahatsız evi yakın, düzen olması gerekiyor, sabah gidip akşam gelmesi gerekiyor ve ulaşım problemi olduğundan dolayı daha uzak bir yerde çalışıyormuş ondan dolayı burayı tercih etmiş. [Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)] ''

"O da aynı sebeplerdendir (kendisiyle kıyaslıyor). Çünkü toplum sağlığı merkezindeyken her gün farklı bir görev verildiği için o yüzden bu düzen iyi bişey. Ne zaman ne yapacağını biliyorsun. [Hekim, 40 yaş, A grubu, 7 yıl - (29)] ''

" Ben yerinde olsaydım hastanelerde kendimi geliştirirdim dedim. ''Bebekleri çok seviyorum, izlemleri çok seviyorum'' demişti [Hekim, 56 yaş, B grubu, 7 yıl - (12)] ''

" Onun da tercih etme sebebi daha çok muhtemelen özelin koşullarına göre gerek maddi gerek yıpranma payı açısından daha iyi koşullarda olduğunu düşünmesi var. [Hekim, 37 yaş, D grubu, 7 yıl - (14)] ''

"Yok, belli bir yaştan sonra ASM'yi zannedersem. Çünkü ebe kendisi.[Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)] ''

Hekimlere ASM’lerde çalışma nedenleri sorulduğundan ASE’lerle benzer gerekçeleri söylemişlerdir. Bu sebepler içerisinde; ailevi etkenler (çocuğunun olması), düzenli bir ortamda çalışma isteği, eski işiyle ilgili sorunların olması, medeni durumu, ASM’de nöbet olmaması, ilgi duyduğu bir çalışma alanı olması, ulaşım kolaylığı, belirli bir nüfusa hizmet veriyor olmak, ekip çalışması yapabilmek ve ekonomik olarak tatmin edici olması sayılmıştır.

ASE’lerden farklı olarak hekimlerden biri İstanbul’a dönebilmek için ASM’yi tercih ettiğini “*Ee ben açıkçası İstanbul’a dönebilmek için böyle bişey yapmıştım. Yani normalde hastanede kalmayı tercih ederdim ben. [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]*” şeklinde ifade etmiştir. Ayrıca birkaç hekim aile hekimliği uygulamasına geçişle birlikte çalışma koşullarında belirsizlik oluştuğunu ve bu belirsizlikten kurtulmak için teknik donanım ile malzemeleri hazır olan birimlere geçiş yaptığını: “*Kamu olduğunuz zaman bir kere 2011 yılında şöyle bir kaos vardı. Aile hekimliğine geçerken o dönemde kamu binası olmayanlar napcaklarını bilmiyorlardı, ne kurucaklarını bilmiyorlardı. Ama kamuda her şey hazırды, her ne kadar içindekiler 1 lira dahi etmese de bize 10 liraya satışa sunup cebimizden oraya kesseler de biz ne olduğunu bilmediğimiz için öncelik olarak kamu tercih ettik. [Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)]*” belirtmiştir.

B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. Aile Sağlığı Merkezlerindeki İş Yüğü

Katılımcıların tümü esnek mesai durumunu çalıştıkları AHB’nin gruplamasına uygun bir şekilde söylemiştir. Esnek mesai A ve B gruplarında yapılmaktadır. Bir haftalık mesai süreleri sorgulandığında çoğu katılımcı “40 saat” demekle birlikte bir kısmı net bir süreden ziyade bir günlük mesai başlangıç ve bitiş sürelerini vermiştir. Uygulamada AHB’ler arasında mesai süresi açısından bir fark olmamasına rağmen bazı ASE’ler “45 saat”, “46 saat” ve hatta “48 saat” gibi cevaplar vermiştir. Bu cevapları veren ASE’lerin esnek mesai yapanlar olduğu dikkat çekmektedir. AH’ler “40 saat” mesai yaptıklarını söylemişlerdir. Bir hekim de mesai süresini ilk önce 40 saat olarak söylemesine rağmen esnek mesai sorgulandığında mesaisinin 45 saat olduğunu “*Eee tabi 45 oluyor herhalde. Esnek mesaiyle beraber 45 oluyor [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl – (9)]*” diyerek hatalı bir ifadede bulunmuştur.

Araştırma amacıyla görüştüğümüz birimlerde çoğunun nüfusunun 4000’e yakın olduğu belirlenmiştir. Günde ortalama kaç kişi gördükleri sorulduğunda AHB’lerinde ASE’lere bir günde başvuran hastaların sayısı 10 ile 80 arasında değişmektedir. Genellikle verilen cevaplar 10-30 kişi arasında değişmektedir. Bir günde 80 hasta gören ASE, AH ile

birlikte poliklinik görevlerinde de yer aldığı için bu kadar kişiye hizmet verdiğini şu şekilde ifade etmiştir: “Genelde 80. Doktor 80 kişi alıyor gelen hastaları bende gördüğüm için aynı oluyor. [Acil tıp teknisyeni, 28 yaş, D grubu, 7 yıl - (18)]” Günde 50 kişiye hizmet sunduğunu belirten ASE bu durumun AH’nin birimine kayıtlı hastalar dışındaki hastalara da baktığı ve aynı kişileri sağlık hizmeti için kendisine de yönlendirdiği için olduğunu açıklamıştır. Saha gözlemleri sırasında bu birimin kendi birimi dışında pek çok hastayı da kabul ettiği görülmüştür. AH’lerinin bir günde hizmet verdikleri hasta sayısına bakıldığında 40 ila 110 arasında değiştiği gözlenmektedir(Tablo-5). Daha yüksek sayıda hastaya hizmet veren AH’ler incelendiğinde; biri kendisine kayıtlı olmayan kişilere de hizmet veren hekimken (20. katılımcı), diğerlerinin bu kadar yüksek sayıda olmasını bir hekim “ çocuk izlem de var, bebek aşı var. [Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)]” diyerek hizmet sunduğu kişiler içinde gebe, çocuk vb. saymıştır.

Tablo 5:Aile sağlığı Merkez’lerindeki Mesai Durumu ve İçeriği

Aile Sağlığı Elemanının Bilgileri			AHB’nin Özellikleri		Aile Hekimi Bilgileri		
Görüşme No	Hasta Sayısı	Mesai Süresi	Esnek Mesai	Birime Bağlı Kişi Sayısı	Görüşme No	Hasta sayısı	Mesai Süresi
31	25-30	40 saat	Var	3650	35	40	40 saat
7	20 -25	40 saat	Yok	3650	8	50	40 saat
10	50	8- 5 arası	Yok	3998	20	100-110	40 saat
23	25	40 saat	Yok	4000	25	50	40 saat
11	10-15	40 saat	Var	3700	12	50-70	40 saat
15	15	40 saat	Yok	3917	Görüşülemedi.		
21	20-30	40 saat	Yok	3980	Görüşülemedi.		
Yedek Hekim			Yok	3800	24	90-100*	40 saat
4	20-25	45 saat	Var	3700	Görüşülemedi.		
33	12-13	40 saat	Var	3483	38	70-80	40 saat
13	10-15	40 saat	Yok	Kayıp veri	17	50-60	40 saat
34	10	45 saat	Var	3995	Görüşülemedi.		
30	35-40	45 saat	Var	3850	27	55	40 saat
3	12-13	45 - 46	Var	3999	2	70	40 saat
Yedek Hekim			Var	3100	40	40	40 saat
1	10-30	40 saat	Yok	3983	6	En az 60	40 saat
28	15-20	40 saat	Yok	3970	32	70	40 saat
16	10-20	8-5 arası	Yok	3915	14	50-60	40 saat
5	50-60	48 saat	Var	4000	9	60-70	40 saat
22	15-25	8-5 arası	Var	3966	29	50	40 saat
26	40	40 saat	Var	3807	37	80-90	8-5 arası
18	60-80*	40 saat	Yok	3900	19	50-80	40 saat

Her birimin ASE ve AH’sinin bilgileri karşılıklı şekilde verilmiştir.

*Poliklinikte hekimle birlikte çalışan ASE

2. Hizmet Verilen Toplumun Özellikleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına hizmet verdikleri kişilerin sosyoekonomik durumu sorulduğunda bölgelerinde en fazla orta düzeyde sosyoekonomik duruma sahip kişilerin olduğu ifade edilmiştir. Bu bölgede ayrıca yüksek ve düşük düzeyde sosyoekonomik duruma sahip kişilerin de olduğu ifade edilmiştir. Aynı birimde çalışan (16 birim) AH ve ASE'lerin konuyla ilgili değerlendirmesine baktığımızda; 5 birim orta, 2 birim düşük, 1 birim iyi diyerek birbiriyle uyumlu cevaplar vermiştir. Diğer birimlerde ise ASE ve AH arasında cevaplar uyuşmamaktadır. En çarpıcı olan bir ASE kayıtlı kişilerin sosyoekonomik durumunu *"Bu bölge bu taraf... bölgesi daha çok iyidir [Acil tıp teknisyeni, 28 yaş, D grubu, 7 yıl - (18)]"* aynı birimin aile hekimi hizmet verdiği kişileri *"... bize başvuranların çoğunun sosyoekonomik durumu düşük. [Hekim, 39 yaş, D grubu, 7 yıl - (19)]"* diyerek ASE iyi, AH ise düşük olarak değerlendirmiştir.

Sosyoekonomik durum değerlendirilmesinde katılımcılar, bölgede yaşayanların meslek durumları yanı sıra göç hareketleriyle ilgili bilgiler de vermiştir. Hizmet verilen bölgede sağlık hizmeti alan kişiler çeşitli meslek gruplarından oluşmaktadır. Bunlar işçi, doktor, hostes, öğretmen mesleklerine sahip veya işsiz olabilmektedir. Görüşme yapılan kişilerden alınan bilgiler sonucu hizmet verilen bölgeye hem iç göç, hem de dış göçler gerçekleştiği bilgisi de elde edilmiştir. Bu bilgiler aşağıdaki gibidir:

"Eş olarak çalışan insanlar. bayanlarda genelde öğretmen polis, hostes kesimi bizde. O da zaten mahallenin güzel caddeleri, biraz daha meydana yakın çevre yoluna yakın oralar biraz daha lüks olduğu için oralar bize düşüyor. otomatikmen sosyoekonomik de daha üst düzey [Sağlık memuru, 25 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (22)]"

"Düşük... tekstilde çok fazla çalışan var. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]"

"Orta diyebiliriz. Orta üstü diyemeyiz. Hatta ortanın altı bile var. Suriyeli hastalarımız da var sonuçta kayıtlı [Hekim, 50 yaş, B grubu, 7 yıl - (2)]"

3. Aile Sağlığı Merkezlerinin Teknik Donanım Özellikleri

ASE'ler ve AH'leri aile sağlığı merkezinin teknik donanımını mevzuat açısından değerlendirmiş ve gerekli olan tüm malzemelerin yeterli olduğunu: *"Yeterli. Birinci basamak olduğu için yani genel manada donanım açısından her şeyi sağlamıyor. Bizim genel mevzuatımızdaki donanım açısından her şeyi sağlıyor [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]"* belirtmişlerdir. Sadece çok az kişi teknik donanımın yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

Teknik donanım durumu; ilçe sağlık M¼d¼rl¼ę¼'n¼n temin ettiği malzemeler, hekimlerin temin etmesi gereken malzemeler ve bina ile odaların koşulları şeklinde daha detaylı sorgulanmıştır.

Katılımcılar İlçe Sağlık M¼d¼rl¼ę¼'nden aile planlaması malzemeleri, demir vb. preparatlar, aşı ve aşı ile ilgili malzemeler, kan t¼plerini sağladıklarını belirtmişlerdir. Bu malzemeler içinden demir ve D vitamini preparatlarında her zaman olamamakla birlikte d¼nem d¼nem eksiklik olduğu belirtilmiştir. Aile planlaması malzemeleriyle ilgili her yerde olmasa da malzemelerin yetersiz olduğu ancak aşı malzemeleriyle ilgili genelde bir aksaklık yaşanmadığı ifade edilmiştir. İlçe Sağlık M¼d¼rl¼ę¼'nde çalışan katılımcı malzemelerle ilgili fazla aksaklık olmadığını, ancak malzemelerin iletilmesi gibi aşamalarda aksamalar olabileceğini, aksama olan malzemelerden birinin kan t¼pleri olduğunu belirtmiştir. İlgili alıntılarını incelediğimizde;

“Ben başladığım zaman mesela D vitamini sıkıntısı vardı. Ki aylarca hastaları eczaneye y¼nlendirdik reçete yazdırıp aldılar. Çok uzun zamandır da yine demir damlası sıkıntısı yaşıyoruz mesela, veremiyoruz. Elimizdekilerde bitti. Reçete yazdırıp eczaneye yollamak zorunda kalıyoruz. Ama onun dışındaki malzemelerde bir sıkıntı yaşamıyoruz. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]”

“Yani aşıyla ilgili bi sıkıntı ¼yle yaşadığımız bir sıkıntı yok. [Ebe, 29 yaş, D grubu, 7 yıl - (21)]”

“Onlarda sıkıntımız var. Mesela bir d¼nem haplar olmuyor. Bir d¼nem iğne mesela bizim mesignalarımız yok. Bir d¼nem prezervatif gelmiyor. Sırayla d¼nem d¼nem yokluk yaşanıyor. [Sağlık memuru, 25 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (22)]”

“Malzemelerde sıkıntılar var. Bizim il sağlıkla ilgili bir takım sıkıntılar oluyor bazen sarı t¼p sorunları oluyor, vesaire sorunları oluyor. Onlara biz iletişim kuruyoruz ama bazen malzeme problemine ulaştıramıyoruz onlara. Yaşıyorlar, problemler yaşıyorlar. Ama genel anlamda ben problem yaşadıklarını sanmıyorum. [İlçe d¼zeyinde y¼netici, 42 yaş, 4 ay - (41)]”

Hekimlerin kendi temin ettikleri malzemeler açısından incelediğimizde bunların içerisinde pamuk, eldiven gibi sarf malzemeleri bulunmaktadır. Ayrıca bilgisayar, buzdolabı, EKG cihazı gibi ASM'de bulunması gereken diğer malzemelerin yine hekimler tarafından temin edildiği g¼r¼ř¼lenlerden elde edilen bilgilerdir. Bu malzemelerle ilgili değerlendirmede genelde AH'ler “...kullandığımız materyal biz alıyoruz da sıkıntı yok [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]” diyerek yeterli g¼rmektedir. ASE'lerin değerlendirmesine baktığımızda

bazı malzemelerin eksik olabildiği, eksik olmayan malzemelerin kullanılamayacak durumda veya uygunsuz olabildiğini belirterek yetersiz olarak ifade etmişlerdir. Kendi ifadeleri ile; *“Enjektör 50 enjeksiyon geliyor 1 pakette malzemeler yetmiyor. ... Dönemde 2-3 defa sorun yaşıyorsun temin eden kişinin yıllık izinde olması. Dönem dönem oluyor. [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]”*

“Mesela smear masamız bile o kadar problemlidir ki şey bacakları filan tutmuyor, kırılıyor çok çabuk. ... Ne bileyim bebek düşmesin diye bişey lazımdı bize. ... Gittiler etrafına bir ahşap çakıldı. Şimdi çocuk oraya koyuyoruz. Kafasını bir ittirse kafasını çarpacak yani hani. O koşullar şey değil [Hemşire, 35 yaş, D grubu, 6.5 yıl - (16)]”

Birimlerin bazılarında ASE’lerin kullanabileceği ayrı bir bilgisayar temin edilirken, bunu temin etmeyen birimlerde söz konusudur. Alıntılarda;

“Herkesin kendi bilgisayarı var. Doktorun bilgisayarı bizim bilgisayarımız ayrı [Hemşire, 51 yaş, B grubu, 7 yıl - (3)]”

“Yok ayrı bilgisayar almadı doktorumuz. Almamış yani ben gelmeden önce hep böyleymiş daha öncede [Hemşire, 41 yaş, D grubu, 6 ay - (13)]”

ASM’lerin bina ve oda durumları arasında farklar vardır. Eskiden Sağlık Ocağı olan ASM’lerin bina ve oda koşullarının daha uygun olduğu görüşülenlerce: *“... çok iyi çünkü sağlık ocağına uygun yapılmış baştan [Hekim, 40 yaş, A grubu, 7 yıl - (29)]”* ifade edilmiştir. Bazı ASE’ler ayrı odalarının olmaması, odaların boyutlarının yetersiz oluşu ve uygunsuz havalandırma koşullarından dolayı memnuniyetsiz olduklarını belirtilmiştir. Bu alıntılardan bazıları;

“Evet 4 kişi çalışıyoruz (aynı odada). Sıkıntımız var. [Hemşire, 35 yaş, D grubu, 6.5 yıl - (16)]”

“Odanın yetmesiyle ilgili, doğru düzgün bir cam bile yok yani odanın havalanmasıyla ilgili sıkıntı yani. Çok hoşnut değilim odamdan. [Ebe, 29 yaş, D grubu, 7 yıl - (21)]”

C. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ROLLER VE HİZMET SUNUMU

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

a. Gebe İzlem

Birinci sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olan gebe izlemi ASE, AH ve anahtar görüşülenlerin bakış açıları ile incelendiğinde ASE’nin rolü üzerinde farklı görüşler ortaya çıkmaktadır. Bu görüşler, ASE’yi tam sorumlu olarak nitelendirmeden başlayıp

yardımcı ve ekip üyesi olarak tanımlayan bir yelpaze içinde yer almaktadır. Dikkati çeken temel nokta gebe izlemi için ASE'nin her türlü anlatıda ekibin vazgeçilmez bir parçası olduğudur. Kendi anlatılarına baktığımızda:

“...pansuman, bebek izlem, gebe izlem, çocuk takibi konularında bize yardımcı oluyor. [Hekim, 28 yaş, A grubu, 2 yıl - (40)]”

“Bebek izlemleri, yeni doğan bebek geliyor işte topuk kanının alınması, bebeklerin boy kilo ölçümü, gebelerin takibi onlar gün boyunca onlar(ASEler). [Hekim, 50 yaş, B grubu, 7 yıl - (2)]”

“Sonuçta gebe izlemi yapmak hemşirenin işi yani hemşirelerin. [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]”

“Çünkü bizden en çok ne isteniyor, aşılama hizmeti isteniyor, koruyucu sağlık hizmeti, gebe takibi isteniyor, sağlam çocuk sağlam bebek takibi isteniyor. Bunların takipleri ve iş yükü bizim üzerimizde. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]”

“Ben gidip de bir reçete yazamıyorum tabii ki. O onun sorumluluğunda, oda gelip benim izlemimi yapmıyor; gebedir, çocuktur ya da lohusasının. [Hemşire, 47 yaş, D grubu, 7 yıl - (28)]”

“Düşünün gebe izlemi, sağlıklı çocuk izlemini, loğusa izlemini aile hekimi hep aile sağlığı elemanıyla yapıyor. Yani o yüzden ayrı ayrı tanımlamamışlar aslında ikisini birim olarak tanımlamalarının sebepleri o.[İl düzeyinde yönetici, 32 yaş, 2 yıl - (36)]”

Ancak gebe izleminin aile hekiminin görevi olduğu bazı ASE'lerce “Yani normalde yönetmelikte zaten ortaklaşa. Aşı yapmak benim görevim ama gebe izlemi hekim de yapabilir. [Acil tıp teknisyeni, 32 yaş, B grubu, 6 yıl - (26)]” şeklinde ifade edilmektedir. Ayrıca gebe izleminin sağlık personeli dışında, gebelerinde kendi sorumluluğunda olması gerektiğine özellikle vurgu yapılmaktadır. Bu vurgu gebe izlemi yapılmadığında hekimin ve ASE'nin performansını ve aldığı ücreti etkilemesi nedeniyle sıklıkla tekrarlanmaktadır:

“En önemlisi bunlar bence gebe izlemi olsun, gelenlerin hepsinin bilgilendirmesini izlemini yeterli şekilde zaten yapıyoruz. Gelmeyenlerden sorumlu tutulmak yanlış bence. [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]”

“Şimdi bakın özellikle gebelerde taşrada ben duyuyorum, benim başıma gelmedi ama taşrada duyuyorum gebeler gelmezse başlarına iş alınıyor. Gebenin başına bir şey gelirse, sağlık problemi yaşarsa ‘vay efendim sen bunu niye takip etmiyorsun, vay efendim sen neden bunun üzerinde durmuyorsun?’. nasıl diyeyim kişiyi sorgulayıcı [Hemşire, 47 yaş, D grubu, 7 yıl - (28)]”

Yönetim düzeyinde yer almış katılımcılardan biri gebelerde erken risk tespiti açısından AH'nin ve ASE'nin birlikte çalışmasının önemine şu sözleriyle vurgu yapmaktadır: *“Birlikte çalışmasını gerektiren gebe takibi çok sıkı bir şekilde beraber çalışması gerekir, lohusa takibi de öyle, erken uyarı işaretleri açısından. [Üst (eski) düzey yönetici, 51 yaş, 2 yıl - (39)]”*

Gebe izleminde kişilerin görev tanımlamaları hizmetin sunum şeklini etkilemektedir. Görüşülenlerden elde edilen bilgiler ışığında çeşitli gebe izlemi yaklaşımlarının olduğu tespit edilmiştir. Bazı birimlerde AH ve ASE gebe izlemlerini birlikte gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Bu izlemler içinde çok azı aynı odada yapılmaktadır. Bunun yerine ASE'nin hekime ya da AH'nin ASE'ye yönlendirmesi ve ayrı odalarda değerlendirilmesi şeklindedir. Hekimlerin bir kısmı ASE'lerinden gebeleri özellikle kendilerine yönlendirmelerini *“Benim doktorum özellikle görmek istiyor [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]”* diyerek istemiş ve bu çalışma yaklaşımını benimsemiştir.

Bir başka yaklaşım ise tahlil isteneceğinde hekimin değerlendirmesi şeklindedir. Ancak hekimler gebeleri muayene etmek istediklerinde tepki gördükleri gerekçeyle muayeneleri yapmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca özel kurumlarda başka hekimlerce muayene olan kişilerin tekrar muayene olması birinci basamak sağlık sunucuları için gereksiz görülmekte ve gebenin tercihinin bırakılabilmektedir. Böylece çoğu birimde sadece ASE'nin yaptığı işlemler ile izlemler sürdürülmektedir. Bu görüşler;

“Gebelerde de yine bir muayene hepsinde olmuyor ama işte gebenin şikayetine göre hiç bir şikayetim yok zaten yeni doktora gittim diyorsa poliklinik muayenesi önerilmiyor. Kendi isterse ya da ilacı bittiyse yönlendiriyoruz. [Acil tıp teknisyeni, 32 yaş, B grubu, 6 yıl - (26)]”

“Her zaman görmüyorum. Bazen çok yoğun oluyor durmuyor. İlaç yazdıracaksa geliyor yanıma. Her seferinde gelmiyor. [Hekim, 34 yaş, C grubu, 7 yıl - (6)]”

“Ama gebeler çok tabi biz tetkik istediğimizde gelirler ama daha önce ben gebelerin muayenesini yapmaya çalıştım da çok şaşıyorlar falan çok çok. Mesela kalbini dinliyorum niye falan diyo. O yüzden baktım şeyse muayene ediyorum yoksa genel tahlillerini istiyorum. [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”

Özel sağlık kurumlarından hizmet alan gebelerin gebelik süreçleri ile ilgili bilgileri telefon vb. iletişim araçlarıyla ve gebelerin ifadelerine göre kayıt sistemine girilebilmektedir. Özel kurumlarda takiplerini yaptıran bazı gebeler ise masrafları sebebiyle tahlil işlemlerini ASM'de yaptırmaktadırlar. Alıntılarına baktığımızda;

“Gebelik dönemlerinde telefonda bilgi alırım. Genelde özel hastane özel kliniğe giderler. Zaten bizim burda gebelere yaptığımız çok kısıtlı [Sağlık memuru, 25 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (22)]”

“Evet, tabi görebiliyorum. Ama şöyle söyleyeyim onlarda tabi bütün izlemlerine kendileri gelmiyorlar. Çünkü özellikleri daha çok tercih ediyorlar geldikleri zaman ama özelden kan istemişler bize gelip yaptırmak isteyenler olabiliyor. O zaman tabi görüyoruz. Muayeneleri falan da yapıyoruz. Kanlarını falan da değerlendiriyoruz. [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]”

Gebelerin ASM’ye bir şekilde gelmesi sağlansa bile gereken izlem sayısına ASM’de ulaşamadığı özellikle ASE’ler tarafından *“Hepsi 4 kere gelmiyor. Çoğunluğu özel hastaneye gidiyor zaten. Gelmek istemiyorum, telefonda bilgi vermek istiyorum, kan sonuçlarımın fotoğrafını atayım diyor. 4 kere çok nadirdir 4 kere bir gebeyi gördüğümüz yani. [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)]”* şeklinde tekrarlanmaktadır.

Gebeler, GEBLİZ (gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlem) gibi sistemler üzerinden takip ve tespit edilmektedir. Ulaşamayan gebelere ekip olarak ya da sadece ASE tarafından ev ziyaretleri gerçekleştirebilmektedir. Kendi ifadeleriyle;

“Sistem kullandığınız GEBLİZ gün içinde bakıyorsunuz mesela ben cuma bakmıştım bir iki gebe girişi olmuş, onları sistemimden kontrol ediyoruz, arıyoruz falan öyle yani.

“Hastaneler girdikçe GEBLİZ’e düşüyor [Ebe, 29 yaş, D grubu, 7 yıl - (21)]”

“İşte hastayı arıyoruz. Hastaya ulaşmaya çalışıyoruz. Ulaşamadığımız hastalara tespit edip ev ziyareti listesine ekliyoruz. Doktorlarla beraber ev ziyaretlerimizi gerçekleştiriyoruz. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]”

b. Lohusa İzlem

Lohusa izlemlerinde genel görüş, sorumlu kişinin ASE olduğudur. Bunun da en sık gösterilen gerekçesi; birimin hekiminin erkek olması ve lohusa izleminin mahrem dönem olduğu *“Hastalar bazen bizden çekinir. Kanaması var mı, lohusanın ne durumda? Bunları daha çok hemşire hanım yapar. [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”* şeklinde görüşülenlerce tanımlanmaktadır. Hekimlerin görevleri; daha çok ASE’nin soru ya da sorunları olduğunda ya da lohusaya ulaşamadığı durumlarda devreye girmek olarak *“...lohusanın beslenmesinde veya gebe beslenmesinde bir sıkıntı gördüğümde ben daha çok devreye giriyorum. [Hekim, 50 yaş, B grubu, 7 yıl - (2)]”* şeklinde tanımlamışlardır.

Yönetici kademesindeki katılımcılar lohusa izlemlerinin, temelde aile sağlığı biriminin görevi olduğunu belirtmekle birlikte, bir yönetici sahadaki yansımalarının sadece ASE'lerce üstlenildiği şeklinde gerçekleştiğini ifade etmiştir. Kendi alıntılarına baktığımızda; *“Düşünün gebe izlemi, sağlıklı çocuk izlemini, lohusa izlemini aile hekimi hep aile sağlığı elemanıyla yapıyor. Yani o yüzden ayrı ayrı tanımlamamışlar aslında ikisini birim olarak tanımlamalarının sebepleri o. [İl düzeyinde yönetici, 32 yaş, 2 yıl - (36)]”*

“Tabi tüm gebe bebek izlemlerini, lohusa takiplerini onlar (ASE'ler) yapıyorlar [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]”

İlçe Sağlık Müdürlüğünde çalışan görüşülenler lohusa izlemlerin ya yapılmadığı ya da niteliğinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Bu hizmette etkin görev alınmamasında en önemli sebebin performans sistemine dahil olmaması ve sağlık çalışanlarına mali yük oluşturmaması olduğunu bir görüşülen: *“Kanama kontrolünün lohusalarda doğru dürüst bunu niye yapmıyorlar performansa dahil değil. Para nasıl olsa kesilmez diye telefonla şunla bunla yapılıyor. [İlçe düzeyinde denetim birimi görevlisi, 44 yaş, 6 yıl - (42)]”* şekilde belirtmiştir.

Sağlık hizmeti sunucuları ise lohusa izlemlerinin performans sistemine dahil olmasa bile bu hizmeti verdiklerini ancak yeterli izlem sayısına ulaşamadıklarını belirtmişlerdir. ASE'ler lohusaların izlemlerini en çok yeni doğan taraması (topluk kanı alınması) sırasında gerçekleştirilmektedir. Yeni doğanın 'topuk kanı alımı' sırasında lohusa gelmemişse, bu izlem telefon üzerinden bilgi alınarak gerçekleştirilmektedir. Alıntılarda;

“Performans olayımız var zaten bizim. ... lohusa takipleri performansa dahil değil ama yapılması gerekiyor. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]”

“Lohusaların 4 kez gelmesi lazım ama çoğu 1-2 kez geliyor [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)]”

“Lohusaları keza yine aynı yani ulaşamadığımız çok nadir. ...söylüyorum çünkü doğumdan sonra hem bebeğini hem seni görmek istiyorum hani kimisi mesela sadece çocuğu getiriyor kayıvalide mesela, anne niye gelmedi diye doğruluyoruz. Mesela işte anne hastaydı falan diyorsa o zaman telefonda görüşüyoruz anne ile ya evet ben gönderdim bunun da işte peşini bırakmıyoruz ama mutlaka o anneyi burada görmek istiyoruz yani [Ebe, 32 yaş, D grubu, 2 yıl - (7)]”

Lohusalara ulaşamadığı durumlarda İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanı AHB çalışanlarının ev ziyaretlerine gitmediklerini; *“Sisteme giriş yaptığınız zaman her şeyin normal olduğunu görüyorsunuz ama ben hiçbir ASE'nin hiçbir hekiminde lohusaya gidip evinde takip ettiğini düşünmüyorum. Ben inanmıyorum [İlçe düzeyinde denetim birimi*

görevlisi, 44 yaş, 6 yıl - (42)]'' ifade ederken, bu görüşün aksine ASE'ler ev ziyaretleri yaparak ve AH ile birlikte lohusa izlemelerini gerçekleştirdiklerini söylemişlerdir. Bir ASE özellikle tüm lohusa izlemelerini yapmaya çalıştığını, bu görevi kendi üzerine aldığını ve hekimi olmadan ev ziyareti gerçekleştirdiğini: “Benim lohusalarım belli (gülüyor). Sistemden genelde zaten ortalarında gitmeye çalışıyorum. Çünkü ilk izlemde topuk kanı alınıyor 3. izlemde lohusa izleminde de 1. ay aşısına gelmiş oluyor anne. Ortadaki izleme kalmış oluyor. Ortadaki izlemede de perşembe cumaya denk düşürerekten gitmeye çalışıyorum [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]'' olarak belirtmiştir.

Lohusa izlemleri sürecinde yapılan eğitimlerle ilgili birkaç ASE ‘yetersiz kaldıkları’ özeleştirisinde bulunmuştur. Bunun en önemli sebebi olarak zamanın kısıtlı olması gösterilmiş, eğitim verilse bile içeriğinin yetersiz olduğu aşağıdaki gibi ifade etmişlerdir;

“Aile planlamasıyla alakalı lohusaların daha çok şeylerine odaklanıyoruz. Vitamin kullanıyor musun, demirini bilmem neyini alıyor musun? Ama orda o şeyi unutuyorum kendi adıma. Aile planlaması çok önemli birşey. Çünkü çoğu kadın süt korur kafasında o yüzden zaten çok fazla kazalarla gelebiliyorlar, dönüşler oluyor. Ee burdaki eğitimi arttırmalıyım, o anlamda bir farkındalık yaratmam gerekiyor bence [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]''

“Genel olarak bakıyoruz çok eksikliği varsa o yönde şey yapıyoruz. Tabi zaman kısıtlı olduğu için her zaman anlatamıyorsun [Hemşire, 41 yaş, D grubu, 6 ay - (13)]''

c. 15-49 Yaş Kadın İzlemi ve Aile Planlaması

Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde verilen 15-49 yaş izlemi ve aile planlaması hizmetleri sağlık hizmeti sunucuları tarafından genelde görevler arasında ilk sayılanlardan olmamıştır. Ancak daha detaylı sorgulandığında bazı bilgiler elde edilebilmiştir.

15-49 yaş kadın izlemleri bazı birimlerde ‘‘Onları hemşire hanımlar yapıyor [Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)]'' şeklinde ASE'nin görevi olarak tanımlanabilirken, bazı birimlerde bu izlemler: ‘‘Onlar mutlaka ay içinde 1 defa poliklinik için uğruyor doktor hanım mutlaka izlemini yapıyor. [Hemşire, 41 yaş, D grubu, 6 ay - (13)]'' şeklinde hekime tanımlanmaktadır. ASE'lerden bazıları bu izlemleri hekimin kendisine yönlendirmesiyle yapabilmektedirler ve ekip işi olarak tanımlamaktadırlar. Ekip işi olarak yapıldığı belirtilen AHB'de pek çok kadının izleminin tamamlandığı bir görüşülen tarafından ‘‘... doktor hanım o konuda çok duyarlı gönderdiği için yapıyorum bende. Göndermese nerden hasta bulcam. Diyorum ya ekip işi bu iş...1000 tane ortalama 15-49 yaş kadını varsa bunun ortalama %90'ını görmüşüzdür. [Ebe, 42 yaş, C grubu, 7 yıl - (15)]'' şeklinde ifade edilmiştir.

Hekimin cinsiyetinin erkek olması durumunda yine bu görev çoğunlukla ASE'ler üzerinden yürümekte, diğer hizmetlerin yoğun olduğu dönemde 15-49 yaş izlemleri ikinci plana düşebilmektedir. Bazı birimlerde ASE'ler sadece gebe ve lohusaları görebildiğini ve 15-49 yaş izlemlerinin bu grupta sınırlı olarak gerçekleştirebildiğini ifade etmiştir. Kendi alıntılarında;

“Aile planlaması şeyi, 15-49 dolduruyorduk. ... Hekimim erkek olduğu için mesela. Önceki hekimim bayandı öyle bi sıkıntımız yoktu. Ama şuan öyle bi sıkıntı var. Şöyle söylüyeyim nüfusumuzun %60-70'ı utanıyor. Cevap vermek istemiyor. [Hemşire, 40 yaş, B grubu, 7 yıl - (30)]”

“Biz özellikle gebelerin 15-49'larıyla ilgileniyoruz. 4000 nüfusun 2000'i 2500'ü bayan olduğu için hepsine tek tek ulaşamıyoruz çünkü aşından gebeden onlara fırsat kalmıyor. Bizde kimle görüşüyoruz. Gebelerle sürekli iletişimde olduğumuz için onlar 15-49'ları bizi daha çok ilgilendiriyor ya da yeni gebe kaydı oluştuğunda 15-49'unu alıyoruz. [Sağlık memuru, 25 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (22)]”

ASE'lerden biri 15-49 yaş kadın izlemlerinin yapılabilmesi durumunda gebe tespitini olumlu etkileyeceğini *”Bura iki dakika beklemek onlara zul geliyor. ... 15-49 tespiti yapmamız imkânsız, keşke yapabilirsek o zaman gebelerin tespiti daha kolay olur. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]”* şeklinde belirtmiştir.

Eski yönetici olan bir görüşülen ASE'lerin 15-49 yaş kadın izlemlerinin performans sistemine dahil olmadığından çok nitelikli olmadığını, telefonla yaptığını düşünmektedir. Görüşülenlere özellikle sorulmasına rağmen, hiçbir görüşülen 15-49 yaş kadın izlemini telefonla gerçekleştirmediği ifade etmiştir. Kendi ifadelerinde;

“Sadece gelenlere yapıyor orda performans yok ya 15-49 da hatta deniyordu oraya performans konulsa ne iyi olur diye. 6 ayda bir doktorun izlemesi lazım. Onu telefonla yapıyor biliyorsun. Aslında sağlık ocağından ne kadar güzeldir o değil mi. 15-49 yaş doğurgan kadın izlem formu vardır. [Üst (eski) düzey yönetici, 51 yaş, 2 yıl - (39)]”

“Yani kapı kapı dolaşmak değil, en azından bir telefonla ulaşıp 6 ayda bir onun izlemini yapmamız bekleniyor ama biz yapamıyoruz. Çünkü hiç buraya girişi olmayan insanlar var telefonu olmayan insanlar var. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]”

Aile planlaması (AP) hizmetlerinde ise görüşülenlerin çoğu *“Genelini hemşire hanım, çoğunluğu hemşire hanım yapar [Hekim, 52 yaş, C grubu, 7 yıl - (25)]”* gibi ifadelerle, bu görevi daha çok ASE'lerin görevi olarak tanımlanmaktadır.

Yönetici düzeyindeki bir görüşülen ‘‘Artık üreme sağlığı hizmeti olarak düşünebilirsek insanlara başvuran kişilere bilgilendirme yapar üreme sağlığıyla ilgili. Gerekirse kondom doğum kontrol hapı verebilir... Bunları hep sonrasında hekimle paylaşması gerekiyor... [İl düzeyinde yönetici, 32 yaş, 2 yıl - (36)]’’ diyerek; aile planlaması hizmetlerini, ASE’ler tarafından aile planlaması hizmetlerini ilgili malzemelerin verildiği ve danışmanlık yapıldığı bir süreç olarak tanımlanmıştır. Bir diğerk görüşülen bunun AH ve ASE’nin ortak görevi olduğunu düşünmesine rağmen işleyişte bu görevin ASE’ye tanımlandığı şeklindedir. Bunu; ‘‘Mevzuattan çok emin değilim benim hatırladığım kadarıyla her ikisine de bir takım görevler tanımlıyor. Sahada ki uygulamalara ilişkin kişisel gözlemim de şey genelde ASE üzerinde kaldığı. Ancak doktor hanım sana hap yazsın diye o zaman yönlendiriyor. Onun dışında hep ASE’nin üzerinde gibi geliyor [Üst (eski) düzey yönetici, 51 yaş, 2 yıl - (39)]’’ şeklinde ifade etmiştir. Hem AHB çalışanları hem de yöneticilik görevi olan görüşülenler; ASE’leri aile planlamasında temel sorumlu kişini olarak tanımlamaktadır.

Aile planlanması hizmetlerinin sunumunda ASE’ler malzemelerin dağıtımını ve uygulamasını (aylık iğne, 3 aylık iğne vb.) yapmakta, eksik malzeme olduğunda reçete etmesi için hekime yönlendirmektedirler. Bazı birimlerde aile planlaması hizmeti için gerekli malzemelerin eksikliği olabilmektedir. Görüşülenler malzeme ile ilgili yaklaşımı: ‘‘Malzeme yok diyoruz ya da doktora yazdır diyoruz reçete edip o şekilde alabilirsin. Çevremize diğerk ASM’lerde var .. nolu... nolu var hani onlara rica ediyoruz varsa ellerinde malzeme gönderip alırsınız diyoruz. [Ebe, 26 yaş, C grubu, 20 ay - (23)]’’ şeklinde ifade etmektedir.

AP ile ilgili bilgi ve danışmanlık hizmeti de yine ASE’ler tarafından verilmektedir. Bazı birimlerde ise iş yükü gerekçe gösterilerek yeterli danışmanlık sunulamadığı: ‘‘RİA olabilir de. Onun dışında biz burda çok iyi bir danışmanlık hizmeti veremiyoruz. Çünkü çok yoğun oluyor, hastaların beklemeye sabrı olmuyor [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]’’ belirtilmiştir.

Gerek malzeme ile ilgili durumlar, gerek danışmanlık gibi AP hizmetlerinin yetersiz olması sonucunda istenmeyen gebeliklerle karşılaştıklarını ‘‘Kendisinin (malzemeleri) almasını söylüyoruz... (Temin edilmesi) Pek sanmıyorum... (Nasıl korunuyorlar) Korunmuyorlar. Geri çekme... (Herhangi bir dönüş) Oluyor evet. Hamile kalıp oluyor. [Hekim, 34 yaş, C grubu, 7 yıl - (6)]’’ belirtmişlerdir.

Ayrıca kayıtlı nüfusun AHB’den talebi olmaması veya AHB’de sunulan hizmetten farklı gebelikten korunma ürünlerine (Oral kontraseptif türleri) ihtiyaç duyması sebebiyle de AP hizmeti tüm kayıtlı nüfusa ASM tarafından sağlanamamaktadır. Görüşülenler, talepleri

etkileyen temel sebebin bölgenin sosyoekonomik durumu olduğunu “AP malzemesinde benim bi sorunum yok zaten çok buraya gelip de öyle AP malzemesi alan yok. Ayda 5 tane hap alan hastam var, 5 tane de kondom varsa bi onlar geliyor. Ekstra böyle yeni evlenenlere AP şeyi veriyorsun AP eğitimi veriyorsun ama düşük dozlu yasmini klerestayı tercih eden hastalarımız var. İkna olmuyorlar ya da almıyorlar. Ya da kondomu dışardan özel tercihi var. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]” ifade edilmiştir.

Aile planlaması danışmanlığı veya RİA uygulamasını çok ihtiyacı olduğunu düşündükleri bazı vakalar için ASE’ler sağlamaya çalışmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerin özellikle ihtiyacı olduğunu düşünen ASE’ler RİA uygulamasının olmasını istemekte, ancak uygulamakla ilgili çekinceleri bulunmaktadır. Alınan bilgiler değerlendirildiğinde çekinceler içinde hep bu işin kendisi üzerine kalması, iş yükünden dolayı diğer işlerini yürütemeyecek duruma gelmesi, komplikasyonla karşı karşıya kalmak ve ultrason vb. yeterli teknik donanım olmaması gibi sebepler sayılmıştır. Aynı gerekçeleri AH’ler de belirtmiştir. Kendi alıntılarına baktığımızda;

“ Zorunlu olmasa da en azından sosyoekonomik durumu biraz daha düşük olan mesela bir hastam vardı, eşinden şiddet görüp şey yapan bir hastaydı. Gerçekten çocuk doğurmak onun için zul, iki tane peş peşe. Ben onu mesela ikna ettim şey yaptım. Hap kullandıramıyorsun, eşi kılıf kullanmıyor bilmem ne. O kadının gerçekten çocuk doğuracak mecali yok yani, ona uyguluyorum. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]”

“Uygulanmasını aslında şöyle söylüyeyim hem isterim hem istemem. ... AÇSAP’ta takılıyor burda biz hastaları yönlendiriyoruz... Kendim orda eğitim de aldım aile planlaması eğitimi. Tarif ediyoruz ama gidebilen insanlar var gidemeyen insanlar var. Özellikle göç alan bi bölgeyiz. Malum bu Suriyeli hastalarımız, ya da bizde de var yani çok fazla doğuran. Gerçekten ihtiyaçları, RİA takılmak isteyip de gelmişken, yakalamışken işte takalım diyebileceğimiz grup oluyo. Ama yönlendiriyoruz [Hemşire, 40 yaş, B grubu, 7 yıl - (30)]”

“Onun içinde ayrı bir mesai gerekiyor. Mesela burda kapıda hastalar yığılı RİA uygulayamam. Ama mesela öyle bir saatimiz olurdu haftanın şu günü şu saatte RİA takılacak falan gibi o zaman yapardım tabiki de. [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]”

ASE’ler arasında bu alanın hizmetlerine dair farklı görüşler olabilmektedir. Bir ASE kadın doğum alanını sevmediği için RİA uygulamasını yapmak istemediğini “Çünkü ben kadın doğumu çok sevmiyorum doğrusunu söylemek gerekirse. Sevmiyorum derken tabii ki faydalı olmak isterim. Ama işte ne biliyim rüptüre olur bir şey olur korkarım yani. O sorumluluğu tabii ki hekimle birlikte yapıyorsun. Ultrason yok [Hemşire, 40 yaş, B grubu, 7

yıl - (30)] '' şeklinde belirtirken, diğer ASE AP hizmetinin kendi alanı olduğunu *“Tabi burda da AP vb işlerde bilgilerimi kullanabiliyorum [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)]”* belirtebilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde verilebilen RİA uygulaması ayrıca sorgulanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından bazıları; ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi (AÇSAP) veya 2. Basamak kuruluşlarının teknik donanım (USG olması) ve tecrübeli personeli açısından daha yeterli olduğu gerekçesiyle RİA uygulamasının bu kurumların görevi olduğunu ya da buralarda yapılmasının daha uygun olduğu görüşünü savunmuştur. Ayrıca AHB sınıfının da bu görevi üstlenmekte etki ettiği inancı yaygındır. Yani uygulama yapmak için A veya B sınıfı olmak zorunluluğu olduğu sanılmakta, bazen de C veya D sınıfı olmak bu görevin yerine getirilmesini adeta ortadan kaldırmaktadır. Bazı birimlerde RİA yerine başka aile planlaması yöntemlerinin önerilmesi ve öncelemesi eğilimi olabilmektedir. Bu ifadelerden bazıları;

“Yok istemem Çünkü zaten Ana Çocuk Sağlıkları bunun için yapılmış. Ücretsiz bu işlemi veriyorlar. Gerek de yok yani. [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]”

“Biz RİA takmıyoruz çünkü D sınıfı olduğumuz için öyle bir zorunluluğumuz da yok. Odamızda yok artı RİA takabileceğimiz. O yüzden onları gerekli yerlere RİA takımı için yönlendiriyoruz. Eğer RİA taktırmak isterse. Taktırmak istemezse de kondomu var prezaratif var, şeyi var aylık iğneleri var bunlardan birini tercih edebilir. Durumu ve yaşı müsaitse işte doğum kontrol hapi kullan diye bilgilendiriyoruz. [Hekim, 54 yaş, D grubu, 7 yıl - (17)]”

“Önceden A sınıfı için mecburiydi biz D sınıfıyız biz de şart değil zaten. Ne kadar sağlıklı. 15 dakikada kadın doğum uzmanına ulaşabilirsin. Şimdi profesyonel olarak yapanlar var. Bizim 4000 tane hastamızdan düzenli taksak kaç kişi olur. Ne kadarlık bir tecrübemiz olacak. Eskinin ebeleri vardı bu tarz işleri yapanlar. Kadın doğumcunun yeri geldiğinde zorlandığı vakalara müdahale eder tecrübeden dolayı ama bizim öyle bir şansımız yok. [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”

d. Bebek-Çocuk İzlem

Bebek ve çocuk izlemlerinde, ASE'lerin tamamı görev tanımında yer aldığını belirtmektedir. AH'lerin ve ASE'lerin görüşlerine göre bebek ve çocuk izlemleri ağırlıklı olarak ASE'nin görevidir. Birimlerin bazılarında AH'ler izlemleri ASE ile birlikte yürütürken; bazı AH'ler bebek ve çocuk izlemine dair herhangi bir görevi olmadığını belirterek, bu izlemlerin sadece ASE üzerinden yürütüldüğünü belirtmişlerdir. AH'ler izlemlerin yapılıp yapılmadığıyla ilgili denetim sorumlulukları ve ihtiyaç durumlarında

ASE'lere danışmanlık vermek gibi görevleri olduğundan da bahsetmişlerdir. Kendi ifadeleriyle;

“Çocuk izlemler, bebek izlemler ve aslında bütün bunların sorumluluğu kendi birimim içinde demiyorum genel olarak bütün birimlere baktığımda hep hemşirelerin üstünde [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]”

“İzlemlerinin takibi tarama testlerinin takibi yani bunlar büyük oranda... hemşiremin işidir ben de kontrolünü yaparım. Hemşire hanımlar belkemiği mi derler mihenk taşı mı derler o rolü üstleniyorlar diyebilirim. [Hekim, 37 yaş, D grubu, 7 yıl - (14)]”

“Ben de yaşına ayına uygun muayenelerini yapıp tekrar ona gönderirim. Biz de double check haline gelmiş olur. Hem o kontrol etmiş olur hem ben kontrol etmiş olurum. Ben onunkini o benimkini tekrar kontrol etmiş olur. Bu izlemler açısından hemşirenin rolü çok önemli [Hekim, 37 yaş, D grubu, 7 yıl - (14)]”

“Yani çocukla ilgili ne yapabilirim. Bebekle ilgili, yapacağım birşey var mı? İşin gerçeği yok. ... Hastanın şikayeti varsa o yönde muayenemizi yaparız. [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”

Bebek veya çocuk izlemlerinde AH ve ASE'nin algıladıkları görev tanımlarına göre değişen çok çeşitli yaklaşımlar vardır. Bazı birimlerde polikliniğe bebek-çocuk izlemi geldiğinde aynı odada bulunan AH ve ASE tarafından ekip olarak değerlendirme yapılmaktadır. Bazı birimlerde ASE muayene için her bebek veya çocuğu mutlaka AH'ye yönlendirerek farklı odalarda değerlendirme yapılma esasına dayanan farklı bir ekip yaklaşımı sergilemektedir. Bazı birimlerde ise ASE'ler sadece anormal bir durum saptadığında AH'ye yönlendirdiğini ifade etmektedir. ASE'lerin bazı birimlerde üst kurumlara tek başına değerlendirme yaparak da yönlendirebildiği durumlar da olmaktadır. Kendi ifadeleriyle;

“Hasta eğer doktor hanımın yanına başka bir çocukta geldiyse. Bakıyorum, boy kilosu varsa. Hemen onu o arada yapıyorum. Bitiriyorum yani hastayı da görmüş oluyorum. İşlerim daha çabuk bitiyor. ... Önceden bitirmiş oluyorsun o zaman performans sıkıntısı yaşamıyorsun. [Hemşire, 51 yaş, B grubu, 7 yıl - (3)]”

“Gebe ve bebeklerin önceliği var. Hasta içerdeyken bebek burdan çıplak gidiyor zaten. Hasta çıkınca hemen içeri giriyor hiç sorun olmuyor. Artık hastalar alıştığı için ona. 7 yıldır öyle devam ediyor [Ebe, 42 yaş, C grubu, 7 yıl - (15)]”

“Hani tamam hastayı kendimiz yönlendirebildiğimiz (üst kurumlara) durumlar oluyor. Bebek geliyor yapılacak işlemleri biliyorsunuz sonuçta. Az çok biliyorsunuz diyeyim. Hekim kadar bilemesiniz de [Sağlık memuru, 23 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (5)]”

“Şöyle bazen mesela bana şüpheli gelen durumlarda hekimime yönlendiriyorum. Yani önden hastaya hani belli etmeden belki benimki yanlışımıdır diye hemen direk hastayı şeye yollamamak için hastaneye göndermemek için hocam hani kalçada mesela bir şey hissettim. Ondan sonra ne bileyim hani çocuk ateşli ama aşı yapacağım. Onu önden doktora böyle bildirip doktorun değerlendirmesini sağlıyorum. [Ebe, 32 yaş, D grubu, 2 yıl - (7)]”

Bebek ya da çocuğun bağışıklama sürecinde olması izlemleri kolaylaştırıcı etmenlerden biri olarak *“... muayeneyi geleni normalde 2 yaşa kadar aşuları da olduğu için izlem daha rahat oluyor. [Hemşire, 51 yaş, B grubu, 7 yıl - (3)]”* şeklinde ifade edilmiştir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek nüfusa sahip birimlerde çalışan ASE’ler, bölgedeki kişilerin özel kurumlarda gerçekleştirdikleri bazı izlemlerin bilgisini telefon aracılığıyla aldıklarını *“Tabi ki hepsini göremiyoruz. Bu bölge gelişmiş bir bölge olduğu için genelde özelleri tercih ediyorlar. Biz hani telefonla da bilgi aldığımız. Çağırdığımız zaman gelmeyen daha çok oluyor. [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]”* şeklinde belirtmişlerdir.

Denetim birimi çalışanı bazı ASE’lerin bebek-çocuk izlemlerini şablon üzerinden yaptığını ve yapılmaya bile yapılmış gibi gösterilebileceğini *“Hepsi şablon oluşturmuş sisteme. Ay aya ayrılmış. Kopyala yapıştır yapıyorlar. Bunları bizim sistemde gördüklerimizin çoğunluğu güzel, görmediklerimizi de irdeleyemiyoruz. Ancak nasıl ortaya çıkıyorlar kişi şikayet eder. ... Giderim örneklem alırım bakarım gerçekten izlemiş mi izlenmemiş mi bakarım görürüm. Çok yok ama öyle arada oluyor bizde de. [İlçe düzeyinde denetim birimi görevlisi, 44 yaş, 6 yıl - (42)]”* ifade etmiştir.

Bebek-çocuk izlemlerinde her birimin uygulamadığı ancak aşı kartının doldurulması, boy-kilo ölçümleri ve beslenme ilgili eğitimler yapıldığı, ancak zaman sınırlılığı sebebiyle iyi yapılamayan eğitim gibi alanların yetersiz kalabildiği ASE’lerce belirtilmektedir. Bir ASE bu durumu *“...çalışma şeklim şu şekilde alıyorum içeriye boyunu kilosunu aşı kartını dolduruyorum. Kendi aşı kartımı dolduruyorum. Herhangi bir hastalığı var mı o anda bir problemi var mı onu sorguluyorum. İşte boyuna kilosuna baktıktan sonra ek gıda sürecindeyse ne veriyor ne vermiyor onları sorguluyorum. Tabi bunları çok hızlı hızlı yapıyoruz hani. Atlamıyorum ama bşeyleri yine. Zor bir süreç aslında o sürede başka bebeklerde kapıda bekliyor. Mümkün olduğunca hızlı ve etkili çalışıyoruz. [Hemşire, 35 yaş, D grubu, 6.5 yıl - (16)]”* şeklinde açıklamıştır.

e. Bağışıklama

Bağışıklama hizmetinin kimin görev tanımında olduğu sorgulandığında görüşülenlerin çoğunluğu (anahtar görüşülenler dahil) aşırı uygulamak ASE’nin, aşı öncesi muayene ve

“aşıya uygundur” kararını vermenin hekime ait olduğu “...aşıları yaparken aynı şekilde ben sadece aşı yapılacak çocuğun fiziksel muayenesini ve tıbbi olarak o aşının o anda uygulanıp uygulanamayacağına karar veriyorum. Aşı yapılırken ben onunla birlikte değilim uygularken. Kendi deneyimlerini uyguluyor onun sorumluluğu onda. [Hekim, 54 yaş, D grubu, 7 yıl - (17)]” şeklinde belirtilmiştir. Bir ASE aşı uygulamasının da hekimin görevi olduğunu düşünmektedir. Bu durumu, “Aşı aslında onun görevi... (Uygulamayı da mı?)...ben öyle biliyorum. Onların görev tanımında. Mevzuatı bilmiyorum ama öyle olduğunu düşünüyorum [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)]” olarak belirtmiştir.

Bazı hekimler bağışıklama hizmetiyle ilgili sorumluluğu olduğunu mevzuatla açıklamakta “Bizde hekim görmeden aşı yapmıyoruz. Bakanlık istemiyor .. [Hekim, 56 yaş, B grubu, 7 yıl - (12)]”, ve ASE’ler de aynı gerekçeyle hekime yönlendirdiklerini “Doktor bir şey yapmıyor. Hasta kızıyor beni niye gönderdin diye hasta kızıyor. Çoğu zaman gönderiyorum. Çocuğa bir şey olduğunda bana soruyor neden muayenesiz aşı yapıyorsun diye o sebepten gönderiyorum [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]” şeklinde ifade etmişlerdir. Ayrıca her iki sağlık personelinin ücretlendirme performansını da etkiliyor olması bu hizmeti her iki sağlık personelinin de değerlendirmesini sağlayan etmenlerden biri olduğu “Şimdi kanuni olarak hepsinden ben sorumluyum. ... 1 aşı eksik yapılmış performans düşmüş maaştan kesileceği zaman hem ondan hem benden. [Hekim, 52 yaş, C grubu, 7 yıl - (25)]” ifadesiyle karşımıza çıkmaktadır.

Ancak “Aşıya uygundur” kararı bazı birimlerde sadece ASE’nin değerlendirmesine göre yapılabilmektedir. Hastaların hekime muayene olmak istememesi, ASE’nin bağışıklamada hekimin görev tanımı olmadığı düşünmesi hekimlerin bu karara müdahil olmasını engellemektedir. Kendi ifadeleriyle;

“Mesela düzenli takip ediyorum zaten bebekleri. Bir problemi yoksa ya da doktoruna götürdüm burda muayene ettirmek istemiyorum diyen hastalar oluyor onları göndermiyorum. Ama diğer çoğu bebeği gönderiyorum [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)]”

“Aşıları ben biliyorum, ben yapıyorum, uyguluyorum. Doktora bir gerek yok ki. Gereksinimim olsa amenna da gereksinimim yok kendi başıma halledebilirim [Hemşire, 47 yaş, D grubu, 7 yıl - (28)]”

Görev paylaşımında ASE’lerden bazıları ailelerin de bağışıklama konusunda sorumluluğu olması gerekliliğinden “Yaptırmak ailenin sorumluluğunda olsun. [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]” şeklinde bahsetmiştir. Bunun dışında bazı ASE’ler bağışıklama hizmetinin içinde hekimden muayene dışında aşı vb. işlemlerinin sisteme girişi görevini de

beklediğini ‘‘...aşı geldi. Dosyayı odaya koydum hastayı muayene etti bebeği o aşığı anında girmesini beklerim ben bırakmasın girsin kalsın. Zaten doktoru tek dediğim şey aşıları girin en azından... [Ebe, 26 yaş, C grubu, 20 ay - (23)]’’ sözleriyle belirtmiştir.

ASE ve AH’leri en çok genel bağışıklama programı dışında olan aşılar için ve aşı takviminin yeniden düzenlemesi gerektiği durumlarda birbirleriyle iletişime geçmektedir. Bunun dışında aşı redleri veya bilgi almak isteyen kişiler olduğunda bazen ASE, bazen AH, bazen de her ikisi birlikte bilgi vermeye çalışmaktadır. Aşı uygulamasını kabul etmeyen kişilerin red formları doldurularak üst kuruma gönderilmektedir. Bu görevi de genellikle ASE’ler üstlenmiştir. Kendi alıntılarına baktığımızda;

‘‘Diyelim ki bir çocuk bize yeni kaydını yapıyor, aşılarını yaptırmış mı yaptırmamış mı hiç belli değil. bu aşıların uygulanması ve takvimin düzenlenmesi konusunda birlikte çalışabiliyoruz [Hekim, 28 yaş, A grubu, 2 yıl - (40)]’’

‘‘Çocukların aşılarıyla ilgili olabiliyor veya programda olmayan aşılarla ilgili olabiliyor. Ne zaman yapalım nasıl yapalım vesaire gibisinden. Bazı aileler şey yapabiliyor program dışı aşıları işte rota olsun yaptırmak için başvurabiliyor [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]’’

‘‘Aşı redlerim var. Aşı redlerde hastayı ikna etmeye çalışıyorsun. Yok olmuyor. Ben istemiyorum yaptırmak deyince. Belli bir zaman zorluyorsun baktın yok. Zorlanacak bir hasta profilinde değilse karşılıklı imza karşılığında hastalardan alıyoruz. [Ebe, 26 yaş, C grubu, 20 ay - (23)]’’

‘‘Sanırım doktorun verdiği bilgi biraz daha etkili diye düşünüyorum. Daha çok ciddiye alıyor insanlar [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]’’

İlçe Sağlık Müdürlüğü’nden bağışıklama ile ilgili malzemelerin istenmesi görevi yine ASE’ler tarafından kendi aralarındaki haftalık ya da aylık görev paylaşımlarıyla sağlanmaktadır. Belirli bir günde gelen bağışıklama malzemelerinin uygun zamanda ve koşullarda teslim alma, eksiklikleri takip etme, yapılan aşıları sistemden düşme gibi görevleri üstlenmişlerdir. Kendi ifadelerinde;

‘‘Bildirimini nasıl aşı istediği mi haftalık aşı isteğini hemşire hanımlar yapıyor. [Hekim, 34 yaş, C grubu, 7 yıl - (6)]’’

‘‘ATS’lerde (aşı takip sistemi) aşı isteği yapıyoruz pazartesiileri toplum sağlığı merkezinden. Perşembe günü dağıtım yapılıyor bize. ... hanım var orda. O geliyor ATS’ye bütün aşıları okutuyor, bize teslim ediyor. Sistemimizde her aşığı okuttuğumuz için bir çocuk için ATS’den düşümünü yapıyor kendisi kullandığımız sistem. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]’’

Bağışıklama hizmetlerinin takibini Aşı Takip Sistemi (ATS) üzerinden yapma görevi yine ASE'lere tanımlanmaktadır. ASE'lerin bu hizmet kapsamında kişilere ulaşması ve bu sağlık hizmetinin planlanmasını üstlenmesi görevleri de bulunmaktadır. ASE ve AH'leri bu görevlerini şöyle açıklamıştır: *“Aşı benim yetkimde, hasta aramak hasta takip etmek bunların hepsi benim yetkimde olan şeyler.[Sağlık memuru, 23 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (5)]”*, *“Kendi laptopundan bakıyor, çağırıyor. Ona tahsis telefonda var bu konuyla alakalı, oradan arıyor hastaları o şekilde takip ediyor. [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]”*

Bağışıklama hizmetleri içinde ASE'lerin ayrıca soğuk zincir takibi görevi bulunmaktadır. Pek çok birimde soğuk zincir kırılmalarında uyarı veren ATS'den hem ASE hem de AH sorumludur. Ancak uyarı gece geldiğinde bazen hekim bazen ASE kontrol için gelebilmektedir. Bu göreve dair her birimde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Yeni başlayan bir aile hekimi herhangi bir sorun yaşanmadığından sorumlunun kim olduğunu bilmediğini *“Açıkkçası burda nasıl oluyor bilemiyorum. Ama biz geliyorduk doğudayken [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]”* şeklinde ifade etmiştir. Diğer görüşler ise aşağıdaki şekildedir;

“Takip ettiğimiz ısı derecelerini takip ediyoruz. ...Hafta sonları ve akşamları evde internetten kontrol ediyoruz ATS'den. [Hemşire, 51 yaş, B grubu, 7 yıl - (3)]”

“Sonra ne var he aşidan sorumlu arkadaşlar oluyor işte dediğim gibi dönüşümlü bakıyoruz. Cuma günleri mesela aşı isteği yapıyoruz yok pazartesi günleri istek yapıyoruz Cuma günleri aşılar geliyor, yerleştirme, ATS tutanakları falan bunlar bize ait [Ebe, 32 yaş, D grubu, 2 yıl - (7)]”

“Benim evim ayrı onu evi ayrı. saat 2 de 3te kendim halledebileceğim bişeyi neden ASE'ye yaptırayım ki. Bir kişi de halledebilir onu. [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”

Bağışıklama hizmeti sunumunda ASE'ler işleyen uygulamaya dair önemli bilgiler vermişlerdir. Pek çok ASE, BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısı için ilk başlarda zorlandığından sonrasında diğer ASE'lerin yardımıyla öğrendiğinden bahsetmiştir. Bazı ASE'ler uygulamayı kendi yapamamakta, bu konuda diğer ASE arkadaşlarından yardım almaktadır. Verdikleri bilgiler aşağıdaki gibidir;

“Verem aşıları çok iyi yapamadığımı düşündüğüm için diğer arkadaşlarımdan yardım istediğim zamanlar oldu (hala oluyormuş).Verem dispanserlerine dönülmeli. Hassas ve önemli vicdani sorumluluğu almak çok zor [Hemşire, 48 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (33)]”

“Ben zorlandım, pratikte zorlandım şöyle, verem aşısı yaparken bisiklete binmek gibi bir şey öğrendiğiniz bir şeyi ara verseniz bile bir süre sonra tabi ki hatırlıyorsunuz [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]”

İlçe sağlık Müdürlüğü'nden yapılan görüşmede bazı birimlerde sadece kendine kayıtlı hastaya hizmet sunmak yaklaşımının belirgin olduğunu ve hizmeti almak için gelenlerin kendi ASE'si orda olmadığı durumlarda geri gönderilebildiğini söylemiştir. Bu yaklaşımın yanlış olduğunu ve bağışıklama hizmetinin engellediğini “Bir ASE'nin: ‘benim hekimimin hastası değil ben onun aşısı yapmam’. Sırf bu yüzden bebek aşılarının gönderildiğine şahit oldum ben... O çocuk aşı için geliyor ve sizin hemşireniz bugün yok deyip kapıdan geri gönderilmesini ben kabul edilemiyorum yani. Ama bunları yapıyorlar. Bu yüzden asli görevini yapsın ben artı hiç bişey istemiyorum yani onlardan. [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]” şeklinde ifade etmiştir. ASE'lerden bazıları bu ilçe düzeyinde görev yapan yöneticiye benzer görüşleri ifade etse de bazı birimler bağışıklama hizmetini ASM'deki diğer ASE'lerle işbirliği içinde yürütebilmektedir. Kendi ifadesiyle: “...dediğim gibi burada aşıları beraber yapıyoruz. onun aşısı ya da benim aşım diye özellikle tutmuyoruz. kimin geldiyse birlikte hemen hazırlıyoruz. [Hemşire, 47 yaş, D grubu, 7 yıl - (28)]”

Pek çok hekim ve ASE en iyi işleyen hizmetin bağışıklama olduğunu “Bağışıklama hizmetleri gayet iyi işliyor bir sıkıntı yok. [Hekim, 52 yaş, C grubu, 7 yıl - (25)]” gibi ifadelerle özellikle belirtmektedir. Soğuk zincir vb. sistemlerin ASM'lerde daha güvenilir olması sebebiyle pek çok hizmeti ASM'den almayan sosyoekonomik düzeyi yüksek kesimin bağışıklama hizmetini ASM'den talep edebildiği “Burada soğuk zincir koruması daha iyi olduğu için.. Çünkü özelde aşı da dolapta aşı dışında her şey var yani. [Ebe, 29 yaş, D grubu, 7 yıl - (21)]” şeklinde ifade edilmiştir.

f. Yeni Doğan Taraması

Taramalar içinde topuk kanı alınması, bebeklerin işitme tarama ile görme tarama testlerinin veya kalça ultrasonu(USG) yapılmasının sağlanması şeklinde sayılmıştır. Topuk kanlarının alınması ve diğer taramaların sonuçlarının kaydedilmesi görevi ASE tarafından gerçekleştirilmektedir. AH bu işlemlerin öncesinde yeni doğanı genellikle görmektedir. Denetleme biriminde çalışan anahtar kişi bazen bu muayenelerin sadece ASE tarafından yapılabildiğinden de bahsetmiştir. Gerçekten bazı birimlerde yeni doğanlar sadece ASE'nin değerlendirmesi ile ileri kurumlara sevk edilebildiği yapılan görüşmelerden anlaşılmaktadır. Yapılan derinlemesine görüşmelerde;

“Aşı değil, yeni doğanı önce ben ona gösteriyorum. Özellikle yeni doğanda, sonra ben aşısını yapıyorum veya topuk kanını alıyorum. [Hemşire, 51 yaş, B grubu, 7 yıl - (3)]”

“Hekim bazen şey diyebiliyor mesela görme taramayı sen yap hemşire hanım. Tabi duyumlar bunlar kesin bişey değil de. Yetki ve sorumluluğun dışında olan şeyler tabi ki

muayene işini tanı koyma işini ase yapamaz bu hekimin işi onun dışında tabiki verileri toplamak hekime yardımcı olmak. [İlçe düzeyinde denetim birimi görevlisi, 44 yaş, 6 yıl - (42)]''

“Bebek işitme testine mi gitcek odimetriste mi gidecek. Hemen direk odimetriste yönlendirebiliyorsunuz. Bebeğe bingıldakta bir problem olduğunda çocuk uzmanına sevk edebiliyorsunuz. Ben direk sevk ediyorum daha doğrusu. [Sağlık memuru, 23 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (5)]''

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcılar bu taramalar içinde topuk kanı alınması ile ilgili uygulamanın iyi yapıldığı ancak diğer taramalarda özellikle kalça USG'nin yapılmasında aksamalar olabileceğinden *“ işte tarama testleri yapılıyor mu, işte görmedir, duymadır bunları takip ediyoruz. Bunları takip etmeyen bilinçsiz hastalar varsa bunlarla alakalı bilgiler veriyoruz, önemini anlatıyoruz. Mesela çoğu kalça ultrasonunu gereksiz görüyor, bunlarla alakalı bilgiler veriyoruz. [Hemşire, 35 yaş, D grubu, 6.5 yıl - (16)]''* bahsetmişlerdir.

İlçe Sağlık Müdürlüğü'ndeki görüşmede yönetici görüşlerini topuk kanı alınması ve takibine özel önem verdiklerini ve bunun olumlu yansımalarının olduğunu *“Bu konularda söyleye söyleye şu an biz İstanbul'da birinci sıradayız en iyi yapan ilçeyiz. Çünkü 5 gün içerisinde uzun süren topuk kanı ulaştırma oranımız yok, %0 yani. Hatalı numune göndermiyoruz, çok iyiyiz o anlamda. Bunu da günlük yaptığımız için iyiyiz. [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]''* şeklinde belirtilmiştir.

g. Okul Sağlığı

Okul sağlığı taramaları il düzeyinde araştırmamızın başladığı kasım-aralık ayında değil de ocak-şubat ve mart aylarına gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılan görüşülenler ancak bu dönemde okul taramalarından bahsetmiştir. İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan yönetici okul taramalarının birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının görev tanımında olduğunu anlatmış ancak sağlık personelinin bu taramaya karşı direncinden *“Okul taramaları da yapıyorlar bunlar. Okul sağlığı projesi bilirsiniz başına düşmüş. O konuda bile direnç var. Yani aile hekimi yapmak istemiyor. Bu sizin göreviniz, asli göreviniz sizin çocukları izlemeniz gerekiyor. Takibe almanız gerekiyor. Onu yapmama ben bunu yapamam MHRS mi açamam [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]''* özellikle bahsetmiştir.

AH ve ASE'lerden bazıları ise bu taramaları kendi görev tanımları içinde görmediğini, taramalarla yapılan uygulamalara gerek olmadığı ve ASM'de yapılmaması gerektiğini

düşünmektedir. Bazı birimlerde çalışan sağlık personeli ise bu taramaların asıl görevlerinden olduğu ifade edilmiştir. Kendi alıntılarında;

“Şöyle olabilir okul sağlığı izlemi mesela o olmayabilirdi diye düşünüyorum. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]”

“Vallahi ben bu konuda kan testi hiç memnun kalmadım. devlete fazla çok fazla büyük zarardır bu kan testi. normal muayene göz yeterdi yani. buraya kadar da göndermeleri gerek yoktu yani. göz muayenesi ve normal muayenesi ee yapılması gerekiyordu. buraya ASM’ye filan gerek yoktu yani. [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]”

“Bizim asıl koruyucu hekimlik yapıcaksak okul çağı izlemlerini iyi yapmamız lazım [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”

Okul taramalarının iş bölümünü incelediğimizde hekimin okul taramaları ilgili evrakları onaylaması, buna dair iş ve işlemleri gerçekleştirmesi, bazen yaşamsal bulguların ölçümünde ASE’yi desteklemesi şeklinde yapıldığı gözlenmiştir. ASE’nin görevi ise yine yaşamsal bulguların ölçülmesi, kan alımları şeklinde olmaktadır. İşleyişte çoğu birim numune alımı gerçekleştirdiği belirtmiştir. Bunun dışında kilo-boy- tansiyon ölçümleri, eğitimler taramalar içinde olması gereken temel özellikler olarak belirtilmiştir. Bu izlemlerin içeriğinin nasıl olması gerektiği ile ilgili olarak hem ASE’lerin hem de AH’lerin bilgileri sınırlı kalmıştır. Bazı birimlerde numune alımında değerlendirilen kriterlerde belli bir standardizasyon olmadığı, hekimin kararı ile yapıldığı ifade edilmiştir. Bu ifadeler;

“ASE’nin çok büyük görevi oldu bütün kanları o aldı... Biz sadece giriş yaptık, şeyi onlar çektiler sıkıntıyı [Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)]”

“Ben rutin kanını alıyorum muayenesini yapıyorum. Sonuçlar çıkıyor. Boy kilo takibi. Hemoglobin, hemotokrit değerlerini giriyorum bunun dışında da testlerini istiyorum. genel kan almışken genel tarama yapıyorum. Bunların sonuçların doğrultusunda düzenleyip veriyorum. [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]”

“6 yaştan-21 yaşa kadar olması lazım. Yeni bir uygulama çok net bilmiyorum. Onun dışında bazı eğitimler var. Eğer ergenlik dönemindeyse ve biraz daha büyükse bu istenmeyen gebeliklerle ilgili, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgiler olabilir. Kilo durumuna göre beslenme eğitimi, hijyen eğitimi, kötü madde alışkanlıkları vesaire bunlarla ilgili bilgiler. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]”

“Okul izlemleri aslında ucu açık bir şey, kimse ne olduğunu bilmiyordu. Daha sonra bir afiş gönderdiler hemogram istiyoruz diye. Bazısı gitti lipit istedi bazısı gitti hepatit istedi. Ben baştan beri hemogram, kan grubu istedim bir de şeker istediğim. Hemogram zorunluydu, diğerleri kendi isteğine bağlı. [Hekim, 40 yaş, C grubu, 7 yıl - (24)]”

Bu okul sağlığı izleminin belli bir döneme sıkıştırıldığı ve ASM’de yoğunluklara sebep olduğu görüşülenlerce özellikle belirtilmiştir. Yine bu taramanın günlük işlerini aksattığı ve kan alımı ile ilgili sınırlamalar olduğu için zorluklar yaşandığı çıkan belirlenen bulgular içerisindedir.

“Valla yığın yığın geliyorlar da. O yığınları bir şekilde azaltmaya çalışıyoruz [Hekim, 54 yaş, D grubu, 7 yıl - (17)]”

“şu an tek sıkıntımız okul taramaları ile ilgili olan kan sabah kanın yoğunluğu oluyor. Kan esnasında aşı gelirse biraz bekletiyoruz hastayı. Ya da gebe gelirse bekletiyoruz. O kalabalıkta gebenin ya da aşının beklemesini istemiyoruz. şu an sadece o sıkıntı okul taramaları bittikten sonra tekrar normale döneceğiz... Okullara bir kısıtlama getirmişlerdi işte 1 ay içerisinde yapılacak diye... [Acil tıp teknisyeni, 32 yaş, B grubu, 6 yıl - (26)]”

Bazı birimlerde görüşülen ASE ve AH’i bu taramaların çocuklarda bazı hastalıkların erken teşhisini sağlaması ve sağlık personelinin farkındalığını arttırması açısından yararlı olduğu vurgulanmıştır. Bazı birimlerde çalışanlar ise bulunan değerlerin o anlık değerler olduğunu ve anlamlı olmayacağını, taramaların gereksiz olduğunu savunmuştur. Kendi ifadeleriyle;

“Talasemi hastası yakaladıklarımız oldu, şeker hastası yakalananlar oldu. Ynlendirdiğimiz yönlendirdikleri her doktorun mutlaka öyle sorunları oldu. [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)]”

“ocuklar sabah kan almaya geliyorlar ğrenciler. Onlar dikkatimi çekti bilmiyordum yani. Çocuklar hep kilolu. Kilolu ocuk sayısı çok fazla. o yüzden bence çok önemli obezite danışmanlığı ve izlem, işte diyetisyen çok çok önemli bence. [Hemşire, 40 yaş, B grubu, 7 yıl - (30)]”

Bazı görüşülenler okul taramasının yanında otizm tespitinin de kendilerinden beklendiğini, bu açıdan okul taramalarını gerekli bulduğunu ancak uygulama için kayıtlı nüfusun düşürülmesi gerekliliğini “Okul izlemleri eklendi işte otizm taramaları filan o tarz şeyler eklendi. Tabiki yapılısın bence de yapılmalı toplum taramaları ama hasta sayısı da ona orantılı olarak bence düşürülmeli [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]” şeklinde dile getirmiştir.

Bir görüşülen bu izlemin yapılması için performans sisteminin uygulanması gerekliliğine dikkat çekerek görüşlerini “Ama eğer bunu performansla yansıtmazlarsa ve ciddi

bir dayatma getirmezlerse çok da önemli değil bence mevzuat. [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]'' şeklinde ifade etmiştir.

h. Kanser Taramaları

Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde kanser taramaları da yapılmaktadır. Bunlardan biri rahim ağzı kanseri taramasıdır. Görüşülenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda bu görevin çoğu zaman ASE'ler tarafından üstlendiğini görülmektedir. Hekimler kendisine başvuran hastaları ASE'lere yönlendirmekte ve bu hizmet ASE'ler üzerinden yürütülmektedir. ASE'ler AH'ye enfeksiyon vb. durumlarda danışılabilir. Ancak bir hekimin ASE'si erkek olduğu için bu taramanın hekim tarafından yürütüldüğü bilgisi aynı ASM'de çalışan başka bir hekim tarafından belirtilmiştir. Kendi ifadelerine baktığımızda;

“... randevu veriyoruz hastalara kendimize alıyoruz smeari. [Hemşire, 51 yaş, B grubu, 7 yıl - (3)]''

“Mesela smear testlerimiz oluyor onlar için hemşire hanım alıyor smearleri. Ben yönlendiriyorum ya da o kendisi rastlamışsa o alıyor smearleri. [Hekim, 34 yaş, D grubu, 1 yıl - (32)]''

“Tüm ASE'lerimiz alıyor smearleri, zorlandığında bizi çağırıyor. Bir doktor bunun asesi erkek smear aldırarak istemiyor hastaları. Doktor eğitime gitti erkek diye. Aldırarak isteyenlere kendisi alıyor [Hekim, 56 yaş, B grubu, 7 yıl - (12)]''

Yönetici kademesinde çalışmış veya hala çalışmakta olan görüşülenlerden biri bu görevin AH'nin olduğunu, bir diğeri bu hizmetin her iki sağlık personelinin de görev tanımında olduğunu belirtmiş ancak her iki görüşülen de bu görevin daha çok ASE'ler tarafından yapıldığını söylemişlerdir. Bu şekilde olmasına gerekçe olarak hekimlerin özellikle de erkek hekimlerin toplumsal ya da kişisel sebeplerle hizmeti uygulamaktan kaçınması olduğu gösterilmektedir. Bu hizmet sunumunda ASE'lerin üst kurumlarla daha uyumlu çalıştığı yine üst kurumdaki bir görüşülen tarafından ifade edilmiştir. Kendi ifadelerinden alıntılarına baktığımızda;

“Smearlerin sayısının artırılması için bir çalışma yapmıştık o zaman... ve .. beyle beraber hekimler bu işin ASE'lerin görevi olduğunu söylüyorlardı sürekli. Ama mevzuatta hekimin göreviydi. Bu taramaları yapmakta, orda bir sıkıntı yaşamıştık. Tabi benim ASE'm erkekti ben nasıl yapayım diyordu aile hekimi. Benim kişisel şeyim yük hep ASE'ler üzerinden gidiyor. [Üst (eski) düzey yönetici, 51 yaş, 2 yıl - (39)]''

“Aslında bu konuda ikisininde aktif çalışması lazım. ... Yani bu konuda işbirliği içinde

çalışmaları gerekiyor. Çünkü her ikisine de hasta geliyor ayaktan. Mesela çocuğunu aşıya getiriyor anne. Size de bir HPV yapalım diyebilir her zaman hekimi görmeyebiliyor yani. ... zaten en çok hemşireler aktif çalışıyor. [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]''

“Hekimler, erkek hekimler biraz daha mesafeli. Yıllardır burda olup daha ailevi diyaloglar kuranların dışında hiç diyalog kuramayan aile hekimlerim olduğunu düşünecek olursa sıfır diyalog bunu erkek hekimlerden ziyade hemşirelerle çözüyoruz. [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]''

Bazı birimlerde C-D grubu oldukları için oda, muayene masası vb. gibi teknik yetersizliklerin olduğunu ve rahim ağzı kanseri tarama hizmetini sunamadıklarını belirtmişler. Böyle durumlarda kendilerine kayıtlı nüfusu AÇSAP, kadın doğum uzmanı bulunan üst kurumlar veya eğer var ise mobil tarama araçlarına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bazı ASE’ler ise bu hizmetin kendileri değil de KETEM’lerin vermesinin daha uygun olacağını belirtmiştir. ASE’ler ek bir personel varlığında bu hizmeti onların yapmasının beklediğini belirterek, bu görevde kendilerine her hangi bir rol istemediklerini açıkça ifade etmişlerdir. Kendi ifadeleri ile,

“HPV alamıyoruz, smear alamıyoruz biz burda yeterli odamız yok. ... onun içinde doktor beyler doktorlarımız şey yapcak B sınıfına geçmeyi istiyorlar o zaman. Smear odası kurulacak mecbur. Hemşire alınacak... O zaman olursa tabi ya biz alıcaz ya gelen hemşire alıcak smeari o şekilde halletcek. Şu an yönlendirme yapıyoruz yapcak bişey yok [Ebe, 26 yaş, C grubu, 20 ay - (23)]''

“Smearleri de o yaş grubunda gelene tespit ettiğim, ulaşabildiğimi AÇSAP merkezi var AÇSAP merkezinde alınsın diye. AÇSAP merkezinde ne için alındığını hani hangi işte kanser taraması olduğunu anlatıp sonucunu da benden alması gerektiğini, onların barkod verdiğini, ki bana gelsin ben onu göreyim, hem değerlendireyim hem de bakanlığa göndereyim diye gönderiyoruz. [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]''

“Onun dışında smearler mesela sadece KETEM’de yapılabilirdi diye düşünüyorum. Çünkü onunda şeyi oluyor sorumlu hissediyorsunuz belli bir rakama ulaşmanız gerekiyor performansınızın değerlendirilmesi için [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]''

Hem üst kurum yöneticileri hem de ASM çalışanları bu uygulamanın da performans sistemine dahil olmadığını pek çok kere vurgulamışlardır. Uygulamada İlçe Sağlık Müdürlüğü’nün sağlık çalışanları tarafından gelen dirençle karşılaştıkları ancak bu konuya özel önem verdikleri için ilerlemeler kaydedildiği belirtilmiştir. Bu görüşün yanı sıra il

düzeyindeki yönetici, sağlık personeline yaptırım uygulanması yerine toplumun bilinçlendirilmesinin daha önemli olduğunu vurgulamıştır. Kişilerin kendi ifadelerinden alıntılara baktığımızda;

“Bu işin gerçeği performanslarına girmiyö. Performanslarına girmeyen hiç bişeyi yapmak istemiyorlar. Dayatmaya çalışıyorlar, direnmeye çalışıyorlar biz iteleye iteleye yaptırmaya çalışıyoruz. Ama şunu söyleyebilirim 4 aydır bu görevi aldığımdan beri kanser taramaları konusunda oldukça hızlandık ilçe il sıralamasında sonlardan 30. sıralardan ilk beşlere girmeye başladık biz direterek. [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]”

“Performansa dahil değil, herhangi bir yaptırımı da yok şimdilik ama yeni yeni oturuyor hani böyle. Hiç alamayan ASM’lerde var, fiziki şartları uygun olmadığı için. O yüzden Toplum Sağlığı merkezimiz sadece teşvik amaçlı daha ileriye yönlendirmelisiniz. İşte semtimiz İstanbul’da şu sıradadır smearde vesaire diye belli hedef listesi gönderiyor. Şu kadar hastanız varmış, siz şu kadar almışsınız aylık bu kadar almanız gerekir diye bazen öyle bilgilendirmeler yapıyorlar. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]”

“Performansa dahil edilirse de ne olacak bu sefer aile hekimleri biraz daha fazla bu işin üstüne düşecekler. Faydası olur mu belki olur ama kişi bazlı yani bu yetişkin bir kişinin kendi iradesiyle yapılabilecek bir işlem olduğu için biz burda bu sayıları arttırabilmeminiz adına toplum bilinçlendirmemiz lazım, sağlık okuryazarlığını arttırmamız lazım [İl düzeyinde yönetici, 32 yaş, 2 yıl - (36)]”

Bazı birimler yaptıkları bu hizmet karşılığında onore edici, teşvik edici yaklaşımlara ihtiyaç duyduğunu, *“Ne bileyim ilde birinci olmuşsak teşekkür plaketi verilebilir. Kuru kuruya teşekkür olmaz. En azından olsa duvara assak daha da güzel olur. [Ebe, 42 yaş, C grubu, 7 yıl - (15)]”* şeklinde belirtmiştir.

Birimlerde, bir diğer erişkin tarama uygulaması olarak gaitada gizli kan (GGK) ile kolon kanseri taramaları yapıldığı belirlenmiştir. Kolon kanseri taramasında görev paylaşımı biraz daha farklı olarak yapılmaktadır. Pek çok birimde GGK hekimin görevi olarak tanımlanmaktadır. Bu birimlerde ASE’lerin görevi hekimin yönlendirdiği hastalara GGK ile ilgili kitleri vermektir. Kendi alıntılarında;

“Onları doktorlar kendileri. Onların bizimle alakalı olmuyorlar. [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]”

“Onlarla şöyle söyleyiyim. Onlarla ben çok fazla ilgilenmiyorum. Hiçbir hemşirede ilgilenmiyor. Tamamen doktorların şeyinde birşey. Kimi doktor arıyor çağırıyor. Mesela benim doktorum yakalarsa muayene sırasında yakalarsa yaptırıyor. Ama telefonla hastasını

arayan doktorlarda var. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]’’

“... hekim sadece gaita yapılmasını istedim diyor o kadar gönderiyor biz veriyoruz. [Ebe, 32 yaş, D grubu, 2 yıl - (7)]’’

Bazı birimler ise kolon kanseri taramasında yine ASE’ler görevi üstlenebilmekte ancak ASE’lerin de pek çoğu bu görevin AH’lerince yapılması gerektiğini, “Gaitayı çok şey yapmıyorum hekim isteminde yanıp söndüğü için muayene ettiğinde. Ben gördüğümde vermeye çalışıyorum ama genelde onun hekimin vermesi gerektiğini düşünüyorum çünkü hekim isteminde kırmızı kırmızı veriyor. [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]’’ şeklinde belirtmişlerdir.

Birimlerden alınan bilgi GGK için izledikleri sistemin, kullanılan yöntemin değiştiği ve bu değişim ile eskiden hekimlerin az da olsa bilgilendirdiğini ancak yöntem değişikliği ile bu hizmetin sekteye uğradığı hekimlerce “Gaitada gizli kanı daha önceden kitler göndermişlerdi. O kitlerde ben hastaya anlatıyordum ben kendim bakıyordum, giriş yapıyordum. Hemşireme vermiyordum onu ekstradan. Şimdi onu kaldırdılar..... Ben uygulamıyorum açıkçası doğruyu söylemek gerekirse. Yapmadım da anlatamam yani. [Hekim, 54 yaş, D grubu, 7 yıl - (17)]’’ ifade edilmiştir. AH’lerinden bazıları da koruyucu sağlık hizmeti olan bu tarama yönteminin fazla uygulamadığını, bu hizmetin başka kurumlarca verilmesi gerektiğine inandıklarını “GGK birinci basamakta uygulanacak bir şey değil. hastane de daha mantıklı TİT de öyle hastalar lavaboları batırıyor. [Hekim, 47 yaş, B grubu, 5 yıl - (27)]’’ şeklinde ifade eden bilgiler elde edilmiştir.

Meme kanseri taramalarına dair görüşülenlerden çok az bilgi alınabilmiştir. Pek çoğu ASM’de mamografi vb. gibi tanı yöntemleri olmadığından başka kurumlara ya da tarama yapan mobil araçlara yönlendirdiklerini “Meme muayenesi anlatıyoruz hastalara, şeye gönderiyoruz KETEM tırına gönderiyoruz özellikle mamografi çekilmesi için. [Hekim, 40 yaş, A grubu, 7 yıl - (29)]’’ şeklinde ifade etmişlerdir. Ancak bazı ASE ve AH kendi kendine meme muayenesini de anlattığını ve hastalarından olumlu dönüş aldıklarını “Geçen sene 3 kişiyi kendi kendine meme muayenesi kendi üzerimde anlatıyorum. 3 kişi erken şeyde tespit ettim. 3 ü de bana döndüler ve ağladılar işte doktor demiş nasıl bir hemşire. O anlamda çok güzel yani. [Ebe, 42 yaş, C grubu, 7 yıl - (15)]’’ ifade etmiştir.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Görüşülenlerce tedavi edici hizmetler içinde ASE’nin görevleri olarak enjeksiyon-pansuman uygulamaları, poliklinik işleri ile ilgili görevler ve ev ziyaretleri anlatılmıştır.

a. Enjeksiyon- Pansuman Uygulamaları

Birinci basamakta yapılan tedavi edici sağlık hizmeti içerisinde enjeksiyon ve pansuman uygulamaları sayılmıştır. Özellikle her birim enjeksiyon uygulamasından bahsetmiştir. Pek çok birimde enjeksiyonlar AH onayladıktan sonra ASE'ler tarafından yapılmaktadır. Uygulama kararının alınması hekimin, uygulama ile ilgili yaşanan sorunlar ise ASE'nin sorumluluğunda olduğu “...sorumluluk derken yani tedavi anlamında ASE'min benden habersiz, benim haberim olmadan bir işlem yapmaması gerekir, ordaki tıbbi sorumluluk, yasal sorumluluk bende. Hemşire hanım sadece benim, hangi ilacın onaylanacağına ben karar veririm, ...onun görevi ney enjeksiyon mu yapmak. Enjeksiyonun yapımıyla ilgili riski kabullenebiliriz, yanlış yere yapma vesaire. Sinire denk gelmesi gibi komplikasyonları vardır veya yanlış uygulamadan kaynaklanabilecek ama bunun dışındaki tüm sorumluluklar benim kontrolümde olması lazım [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)]” şeklinde açıklanmıştır.

Enjeksiyonlar içinde antibiyotik enjeksiyonları ile ilgili farklı birimlerde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bazı birimlerde hekim, bazı birimlerde ASE oluşabilecek reaksiyonlardan sebebiyle uygulama yapmaktan kaçınmaktadır. ASE'lerin kaçınması durumunda bazı birimlerde AH'ler buna uymakta, bazı birimlerde ise karşıt bir görüşle ASE'lerini uygulamayı yapması yönünde uyarmaktadır. Bu görüşleri değerlendirdiğimizde:

“Dış reçete mesela doktor hanım yazmamış reçete gelmiş atıyorum alerji riski var. Ben daha önce rozefin alerjisi de gördüm burda rozefin yapmıyorum ben mesela. Doktor hanımda bu konu da bana saygı duyuyor. ...Sağlık ocağı ortamında yapılmaması gereken bir ilaç olduğunu düşünüyorum. Öyle bir ilaç olduğunu düşünüyorum ...öyle bir ibare yok ama yine de yapmak istemiyorum. [Hemşire, 35 yaş, D grubu, 6.5 yıl - (16)]”

“Bir problem olmuş daha önce burda yapılan bir enjeksiyon başka bir personelin. Tümü de enjeksiyondan kaçır oldu ondan dolayı. Antibiyotiklerden özellikle. Bende bilgilendirdim. Bizim sorumluluğumuzun nerde başlayıp nerede bittiğiyle ilgili. Cezai sorumluluk nedir, neyi yapmamız gerekiyor, neyi yapmamız gerekiyor. Hasta bize elinde reçeteyle geliyorsa, bize kayıtlıysa yapılacaktır başka yolu yok. [Hekim, 52 yaş, C grubu, 7 yıl - (25)]”

Pansuman uygulaması yine ASE'lerin görevi olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle bir sorun ya da ihtiyaç durumunda hekime danışmak şeklinde bir işleyişten, “Atıyorum bir pansuman geldi ve enfekte bir pansuman ve ben onu kendim yapıp göndermiyorum. Doktor hanımı da çağırıyorum. Oda geliyor. Hiçbir zaman reddetmez gelir bakar. [Hemşire, 35 yaş, D grubu, 6.5 yıl - (16)]” şeklinde bahsedilmiştir. Bazı birimlerde ise

ASE bu konuda hekiminden destek alamadığını “*Kendi başıma yapmaya çalışıyorum. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]*” şeklinde belirtmiştir.

Bazı birimlerde enjeksiyon ve pansuman yapma görevi istihdam edilmiş ek personellerce (diğer ASE’ler) üstlenilmiştir. Bu birimlerin bazılarında ASE’ler pansuman ve enjeksiyon uygulamalarını ek personelin görevi olarak tanımlamakta kendi görevi olmadığını düşünmektedir. Bu tanımlama bazen ASE ve AH’yi karşı karşıya getirebildiğinden “*İnisiyatif kullanıp her şeyi yapabiliyoruz. ... Hekim hastayla kötü olmak istemiyor, hele ki bir etiketi varsa başında avukat hanım geldi. Yaşadı yakın zamanda arkadaşım. İşte telefon açıyor odasından şu hastanın, hasta gönderiyorum, iğnesini yap. Orda bizim hemşiremiz var, enjeksiyonu yapıyor. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]*” bahsedilmiştir.

b. Poliklinik Hizmetleri ile ilgili Görevler

ASM’lerinde aynı odada birlikte çalışan ASE’lerin poliklinik işlerinde hekime yardımcı olduğu “*...Hemşiremle birlikte götürüyoruz. O da muayeneye yardımcı oluyor, tansiyon takiplerini yapıyor, kan alımı hastanın boyları kiloları. Obezite takibi varsa onlar. o şekilde hani birlikte götürüyoruz. [Hekim, 50 yaş, B grubu, 7 yıl - (2)]*” ifade edilmiştir. Ancak AH’lerin bazıları tıbbi veya deontolojik sebeplerle ASE’yle birlikte çalışmanın ihtiyaç olduğunu belirtse de genel yaklaşım hekimin ve ASE’nin ayrı çalışması şeklinde olduğu araştırmacının saha gözlemleriyle elde edilen bir bulgudur. AH’lerin ifadeleriyle: “*...aslında biliyorsunuz deontolojik olarak içerde hemşire olmadan hasta muayene etmek çok doğru değil ama işte onunda çalışması lazım. ... ben muayene bir hastayı muayene ederken hemşire hanıma ihtiyaç nadir duydum [Hekim, 40 yaş, A grubu, 7 yıl - (29)]*” ve “*Bazı zamanlarda evet. Bazen hastaların sorunlu olduğu dönemlerde. Mesela adli olabilecek dönemlerde veya başka başka durumda beraber çalışıyoruz. En azından bir kişinin yanında olması benim açımdan ve onun açısından koruyuculuk anlamında, sıkıntıları bertaraf ediyor yani. [Hekim, 46 yaş, D grubu, 7 yıl - (20)]*” şeklinde ifade etmişlerdir.

Poliklinik hizmetleri sırasında AH’nin kararı üzerine kan numunesi alınması, tansiyon, ateş vb. gibi yaşamsal bulguların ölçülmesi gerekmektedir. Numune alımları ASE’lerin görevi şeklinde tanımlanmıştır. Bazı birimlerde ASE’ler kendi arasından iş bölümü yapmakta, bazı birimlerde ise herkes kendi biriminin numunesinden sorumlu olmaktadır. Ek personeli olan birimlerde numune alım görevi genellikle ek personele verilmektedir. Kendi ifadelerine baktığımızda;

“*Mesela üç birimiz bizim laboratuvarı. Üç birim burada dört birim öbür tarafta kanları alıyor. İkişer kişi oturuyoruz. Birimiz barkod okutuyor, birimiz de kanları alıyor. Yani iki*

kişi yeterli oluyor. Yorulduğumuzda değiştiriyoruz, birbirimizi [Hemşire, 47 yaş, D grubu, 7 yıl - (28)] ''

“Aşılama, kan alımları, tansiyon ölçümü, ateş. gebenin izleminde kendisine düşen görevleri vardır [Hekim, 37 yaş, A grubu, 4 yıl - (9)] ''

“Evet herkes kendi hastasından kan alıyor, aşı yapıyor. Ee o an o kişinin çok yoğunluğu varsa, başka bir iş yapıyorsa yardımcı oluyoruz birbirimize [Ebe, 24 yaş, B grubu, 10 ay - (31)] ''

“Kan alımı uygulaması burda yapılmıyor. Burda şey bir hemşiremiz var mevcut zaten. [Sağlık memuru, 23 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (5)] ''

Ateş, nabız ve tansiyon ölçümleri uygulamaları için de yine birimlerde farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bazı birimlerde bu görevi hekimler üstlenmekteyken, bazı birimlerde ise ASE bu görevi yerine getirmekle yükümlüdür. Bazı ASE'ler bu görevi kendi görevi olarak tanımlarken, bazıları görevin hekimin görevi olduğunu düşünmektedir. Kendi görüşlerini incelersek;

“Ben ateşimi kendim ölçüyorum. Bir tek tansiyonumu kendim ölçmemeye çalışıyorum [Hekim, 34 yaş, C grubu, 7 yıl - (6)] ''

“Onları biz yapmıyoruz... Hekim yapıyor [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)] ''

“Tansiyon hemşirenin görevi olduğu için. Ekstra bir durum olduğu zaman odasında muayene ederken kendisi de bakabiliyor bazen ama genelde hemşire yapıyor daha çok. [Hemşire, 41 yaş, D grubu, 6 ay - (13)] ''

“Tansiyon, aşı takipleri hep ben yaparım yani. Benim şahsi fikrimde aslında muayene sırasında yapılması gereken bir şey. [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)] '' şeklinde görülmektedir.

c. Ev Ziyaretleri

Ev ziyaretleri kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ele alınmakta ve çeşitli birimler sağlık çalışanlarının farklı yaklaşımları uyguladığı gözlenmiştir. Ev ziyaretlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olduğu yaklaşımı ile koruyucu sağlık hizmetler başlığı içinde değerlendirilmiştir.

65 yaş üstü hastalara ev ziyaretleri genellikle tedavi edici sağlık hizmetlerini vermek amacıyla yapılmaktadır. Ev ziyaretlerini yapan AH'ler muayene, numune alımı, yaşamsal bulguların ölçümü, sonda, nazogastrik sonda vb. gibi işlemlerin yapılması, reçete yazılması, evde bakım ihtiyacının tespiti ve bildirilmesi gibi işlemler olduğunu belirtmektedir. AH'ler, ASE'leriyle birlikte ev ziyaretine gittiğinde bu hizmetleri birlikte gerçekleştirmektedir. Ancak

AH'lerin ev ziyaretleriyle ilgili görev tanımı algıları ve uygulamaları farklılaşmaktadır. Tüm işlemleri uygulamaya çalışandan sadece reçete yazılması için kişinin ziyaretine kadar değişen çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Bu süreçlere bazen ASE'nin katılımı olmakta bazen de AH tarafından bu katılımı gereksiz bulabilmektedir. Bazı birimlerde güvenlik gerekçeleriyle özellikle ASE'leriyle birlikte gidildiği belirtilmektedir. Sadece bir ASE, hekimi yalnız gittiğinden bu süreçte ASM'de kaldığını ifade etmiştir. Diğer birimlerde ASE'lerin gitmediğinde hangi görevlerde bulunduğu ya da birimde kalıp kalmadığı dair bilgi elde edilememiştir. ASE'lerin ev ziyaretleri ile ilgili görev tanımlarına dair belirsiz olan kısımlardan bahsedilmektedir. Bu bulgulardan en dikkat çekici durum ise aynı birimin AH ve ASE'sinin ifadelerinin birbiriyle tutarsız olmasıdır. Hekim 'Tek başınıza mı gidiyorsunuz?' sorusuna 'evet' derken, ASE ev ziyaretlerine 'Genelde katılmaya çalışıyorum' diyebilmektedir. Ayrıca neredeyse tüm birimler ev ziyaretlerini ya düzenli yapmamakta ya da yapsalar bile planlanan zamanda yapmamaktadır. Kendi ifadelerine baktığımızda;

"Oluyor ben zaten burda tek başıma gitmeyi tercih etmem. sıkıntılı bir bölge çünkü. Doktorun da mesela onunda kendi tercihi. Ben izin deysem yada raporluysam o da tek başına gitmez. Biz hep beraber çıkıyoruz [Hemşire, 25 yaş, B grubu, 2.5 yıl - (4)]"

"Tansiyonuna bakıyor, ateşine bakıyoruz. Ondan sonra ben zaten vücuduna bakıyorum yatak yaraları var mı yok mu? Şikayetiyle ilgili ne şikayeti varsa. Hemşire hanım çoğunlukla tansiyonuna muhakkak ölçüyor. Ateşine bakıyor, muayenesini ben yapıyorum zaten. Mesela öneri veriyor şöyle yapabilirsin diye. Diyelim ki yatak yarası var o da kendi fikirlerini söylüyor aileye [Hekim, 34 yaş, C grubu, 7 yıl - (6)]"

"Ya şöyle hani mesela bu hastada ASE'lik bir iş yok. Ben daha önce ASE'siz de çalıştım çalıştığım yerlerde. Bu tarz ASE'nin yaptığı görevlerin hepsini yapabiliyorum. Aşı da dahil buna öyle olunca çok da gerek görmüyorum, yormak da istemiyorum [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]"

"... biz yatağa bağımlı hastalarımız var evde sağlık hizmeti alanlar var. Birlikte gidiyoruz doktorumla. Formu vesaire doktorum hazırlıyo, inceliyo, değerlendiriyö. Ben sadece işte tansiyonunu falan ölçüyorum hastanın gittiğim zaman. [Ebe, 31 yaş, B grubu, 7 yıl - (11)]"

" Biz hep beraber gidiyoruz. Hem güvenliğimiz için hem tek gitmek istemiyoruz. Ne ben tek gidiyorum ne de doktor hanım gidiyor. Beraber gidiyoruz daha iyi oluyor. Çünkü ben mesela doktor hanım yeni geldi 2 yıldır geldi. Hem hastaları tanıyorum hem daha iyi oluyor. [Ebe, 42 yaş, C grubu, 7 yıl - (15)]"

"Bir gün mesela gittik yaşlı bir hastaydı serumunu taktık pansumanını yaptık. Daha çok

şefimin yanında bazen beni götürmüyor. Ben kurumda kalıyorum. O da bir muallak şimdi hekimle mi gidecez, gitmiyecek miyiz herkes farklı bir şey söylüyor. Ama hekimle gidilmesi gerekiyor, hekim giderse biz gidiyoruz, hekim gitmezse bizim gitme şeyimiz yok. Tek başına zaten gitmem, gitmiyoruz da. Benim şefim de çok fazla gitmiyor. Gittiği zamanda beraber gidiyoruz. Onun tek gittiği de oluyor ama. [Hemşire, 44 yaş, B grubu, 7 yıl - (34)]’’

3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleriyle aile sağlığı merkezlerinde hangi tür hizmetler sunulduğu sorulduğunda pek çok birim bu alanda hizmet vermediklerini belirtmişlerdir. Bazı ASE’ler başvuranlara psikolojik destek vermesini, bazen yaptığı beslenme eğitimlerini, bazen de evde sağlık hizmetini bu kapsamda değerlendirmişlerdir. AH’lerde yine evde sağlık hizmetlerini ve psikolojik destek vermeyi rehabilite edici sağlık hizmetleri içinde değerlendirmişlerdir. Bazı birimlerde çalışanlar fizik tedavi ve obezite için ilgili kurumlara yönlendirdiklerini ifade etmiştir. Ancak görüşülen birimlerin çoğu çalışanı bu alanda verebileceği rehabilite edici sağlık hizmeti olmadığını ya da bilgilerinin sınırlı olduğunu belirtmiştir. Kendi alıntılarında durumu aşağıdaki gibi aktarmışlardır.

“Daha mesela psikolojik destek vermek özellikle lohusalara [Hemşire, 42 yaş, C grubu, 6 yıl - (1)]’’

“Rehabilite edicide mesela yatalak hastalarla ilgili olabilir. Gidiyorsun hem bakıyorsun hem önerilerde bulunuyorsun hem de tedavisini veriyorsun. Bir de işte yatak yarası olmasın anlatıyoruz, söylüyoruz [Hekim, 34 yaş, C grubu, 7 yıl - (6)]’’

“AÇSAP’ın içinde bir tane diyetisyen var ona da yönlendirebiliyoruz. Bahçelievler’de 2 tane diyetisyen var onlara yönlendiriyoruz. [Hekim, 50 yaş, B grubu, 7 yıl - (2)]’’

“Mesela çocuk izleme geldiğinde konuşmada problemi var diyelim. ...pedagoga mı gitmesi gerekiyor. ... Pedagoga gönderirim ben onu ya da başka şeylerini sorgulayıp ilgi eksikliğini düşündüğüm ilgi eksikliğinden kaynaklı olduğunda pedagoga gönderirim [Ebe, 27 yaş, A grubu, 2.5 yıl - (10)]’’

“Rehabilite edici hizmetimiz çok yok aslında... Biz o konuda çok eğitimimiz de yok aslında [Hemşire, 40 yaş, B grubu, 7 yıl - (30)]’’

“Rehabilite edici sağlık hizmeti olarak açıkçası çok bişey yapıldığını düşünmüyorum. Ya da yapılıyorsa da bilmiyorum. Şu an için bilmiyorum. Hiç sormadım da ne yapıyorsun diye [Hekim, 28 yaş, D grubu, 3.5 yıl - (8)]’’

Yönetim ve denetim pozisyonunda görev yapan görüşülenlerden bazıları rehabilite edici sağlık hizmetleriyle ilgili sağlık çalışanlarının görevi olmadığını belirtmiş; bazıları ise aile sağlığı çalışanlarından madde bağımlılığı, çocuk ihmal ve istismarı, otizmlili çocuklar gibi konularda tespit ve yönlendirmesini beklediklerini ifade etmişlerdir. İl düzeyinde görev yapan yönetici mevzuattaki rehabilite edici sağlık hizmetinin, ev ziyaretlerini ifade ettiğini belirtmiştir. Eski ve deneyimli üst düzey yönetici ise bu alanda sağlık çalışanlarının görev tanımları üzerine yeterli çalışılmadığını söylemiştir. Görüşülenlerin kendi alıntılarında durum aşağıdaki gibi özetlenmektedir.

“Yok rehabilite edici. Bu fizik tedavi olsun ordan sonra psikolojik danışmalık olsun sosyal hizmetinin yaptığı yardım olsun birinci basmakta yok. [İlçe düzeyinde denetim birimi görevlisi, 44 yaş, 6 yıl - (42)]”

“Rehabilite edici hizmetleri onlar çok yürütmüyorlar aslında. Sağlık müdürlüğü daha çok yapıyor. Bize mesela otizmlili hasta bildiriyorlar veya psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastaları, çocuk bildiriyorlar. Bildirimlerini yapıyorlar bize, biz onların takiplerini yapıyoruz. ... mesela madde bağımlısı olan bir tespit ettiler diyelim. bu çocukları bize bildirim yapıyor. bu çocuklar bizim madde bağımlılığı birimimiz var o birimde biz bu çocukları takibe alıyoruz gibi. [İlçe düzeyinde yönetici, 42 yaş, 4 ay - (41)]”

“Aslında o yönetmelikteki yazan kısım evde sağlık hizmetlerinin rehabilite edici kısmındadır. Biliyorsunuz her bir birimin hekim ve aile sağlığı elemanı olarak haftanın yarım günü mesai günü. [İl düzeyinde yönetici, 32 yaş, 2 yıl - (36)]”

“Hiç konuşulmadı bak. O kadar zaman geçti ama yani birinci basamakta biz poliklinik, antibiyotik bilmem sayı yazıları nöbetler uğraşırken ASE’ler rehabilite edici hizmet versin miyi hiç konuşmadık. Sadece sağlık tedbiri uygulananlarla ilgili zaman zaman TSM’lerle olan ASM arasında ilişki kuruluyordu. Çocuk istismarda çocuk ve çocuk kronik hastalığı var aile onu götürmüyor falan filan. O zaman ASE’nin devreye girmesi gerekiyordu. Bu da hem tersiyer hem de birazcık primer korumanın içerisinde. Nadiren onlar oluyordu. [Üst (eski) düzey yönetici, 51 yaş, 2 yıl - (39)]”

VII. TARTIŞMA

Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan ASE'lerin görev tanımları ve bu tanımların işleyişteki durumunu belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, ASE'lerin, AH'lerin ve aile hekimliği uygulamasında çeşitli düzeylerde çalışmış ya da çalışmakta olan yöneticilerin görüşlerinden yararlanılmıştır. Araştırma bölgesi İstanbul ili Bahçelievler ilçesi olarak belirlenmiş ve görüşülen kişilerin temel özellikleri, aile sağlığı merkezlerinin işleyişi ile ilgili temel kavramlar, birinci basamak sağlık hizmetindeki roller ve bu hizmetlerin sunumu konuları ele alınmıştır.

Temel sağlık hizmetlerinin yapılması sağlık, sosyal yaşam, ekonomik vb. pek çok alanda etkilenen ve etkileyen öğelerden biri olarak tüm ülkelerin en önemli konularındandır. Birinci basamak hizmetleri sunumunda hekim dışı personelin görev tanımlamalarına ve yeni eklenebilecek görevlerine dair pek çok çalışmalar, araştırmalar yapılmaktadır. Görev tanımları, ekip çalışmasının güçlendirilerek verilen sağlık hizmeti sunumunun şekillendirilmesinde ve hizmetin niteliğinin artırılmasında önem arz etmektedir. Bu konu üzerine daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

A. GöRüşMECİLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada Bahçelievler İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı ve kriterlere uygun 151 aile hekimliği biriminde çalışan 20 aile sağlığı elemanı ve 18 aile hekimine ulaşılmış bu kişilerin bilgileri değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada AH'lerin ve ASE'lerin ASM'lerde çalışma süresi en fazla 7 yıl şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu aile hekimliği uygulamasının 2010 yılında ülkemizde yaygınlaştırılmasıyla, İstanbul ilinin bu sisteme aynı yıl dahil olması ve araştırmanın yapıldığı zaman diliminde 7 yıllık bir geçmişi olmasıyla ilgilidir(28).

Bu çalışmada görüşülen 20 ASE'nin tamamı kadındır. 2012 yılında İstanbul'un Beyoğlu ve şişli ilçelerinde yapılan bir çalışmada ASE'lerin %97,3' kadındır(7). Türkiye genelinde niteliksel yöntemle yapılan bir başka çalışmada ise 44 ASE'nin 40'ı kadındır(9). Birinci basamakta çalışan ASE'ler genelde kadın cinsiyete sahiptir. ASE'lerin AHB gruplandırması ile ilgili bilgileri sorgulandığında 10 ASE, 9 AH, A veya B grubunda çalışmaktadır. 10 ASE, 9 AH ise C veya D grubunda çalışmaktadır. Bu gruplandırma sorgulamasında ASE'lerin 3' grubu hakkında yanlış bilgiye sahiptir. 1 ASE, AHB'nin grubu

‘D’ olmasına rağmen grubunun olmadığı söylemiştir. Bu ASE ASM’de 5-6 aydır çalıştığı için AHB grubunu bilmiyor olabilir. Ayrıca AHB grubu ‘C’ olmasına rağmen 2 ASE ‘D’ olarak söylemiştir. Bu ASE’lerin çalıştığı AHB’de yönetmelik açısından önemli bir fark bulunmaktadır. C grubunda D grubundan farklı olarak ek bir personel çalışmaktadır(30). ASE’ler birimlerinde ek personel çalıştığını bilmesine rağmen AHB grubunu doğru bilememesinin nedeni mevzuat konusunda bilgi eksikliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

İlçe Sağlık müdürlüğü çalışanı 5 yıldır aynı kurumda aynı görevde çalışmasına rağmen 4 aydır Aile hekimliği Uygulaması ile ilgili görevleri yürütmektedir Bu 694 Sayılı KHK ile taşra teşkilatı yapısının değişmesiyle bu görevin TSM’den İlçe Sağlık müdürlüğüne devredilmesi ile ilgilidir(40, 41).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının ASM’de çalışmayı tercih etme sebepleri incelediğinde, ASE’lerin ve AH’lerin ASM’yi tercih nedenlerinin başında uygun çalışma koşullarının olması (nöbet olmaması, düzenli çalışma ortamı, belirli nüfus olması), maddi kazanımların daha iyi olması ve çalışılan alanın kişilerin istediği alanlar olması gibi sebepler gelmektedir. Görüşme yapılan ASE’lerde, AH’ler de ASM’de çalışmayı isteyerek seçmektedir. Ancak az sayıda kişi, kişisel ya da teknik bazı sebeplerden dolayı ASM’yi tercih etmek zorunda kalmışlardır. Konuyla ilgili ülke genelinde yapılmış niteliksel çalışmada ise ASE’lerin tercih nedenleri çalışmamızla benzer olarak, evine yakın olması, nöbet olmaması, ailevi sebepler olarak belirlenmiş ve sadece 2 ASE (44 ASE’de) isteyerek seçtiğini belirtmiştir(9). Aile hekimliği uygulaması ile ilgili mevzuatlarda ihtiyaç halinde sağlık çalışanlarına nöbet verilebileceği yazmasına rağmen(42); bu çalışmada katılımcılar, ASM’lerde nöbet olmamasını tercih sebebi saymıştır. Aile hekimliği uygulaması ile ilgili kararlar alınırken ve politikalar belirlenirken; kişilerin çalışma koşullarına uyumu açısından ASM’de çalışmayı tercih etme sebeplerinin incelenmesi önemlidir. Ayrıca temel sağlık hizmetleri örgütlenme ilkelerinden biri olarak sağlık personelinin birimlerinde zorunluluktan değil isteyerek çalışmasının sağlanmasının sayılması(4) bu konunun önemini vurgulamaktadır.

Hekimlerin birlikte çalıştıkları ASE’lerinin ASM’yi tercih sebepleri ASE’lerin verdikleri cevaplarla uyumludur. Bazı hekimler ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin ASE’leriyle iletişimin iyi olması, kendi gerekçelerini de ASE’ler için söylemesi, bu seçeneklerin kolaylıkla ve benzer olarak belirtilmesinde etken olmuş olabilir.

B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

ASM’de çalışan hekim ve ASE’lerin haftalık çalışma saatleri sorulduğunda tüm birimlerde çalışanların haftalık mesai saatleri “40 saat” ve birbiriyle aynı olmasına (43) rağmen ASE’lerden bazıları mesai saatlerini 45 ve 48 olarak belirtebilmektedir. Bu kişilerin esnek mesai yapan ASE’ler olması çarpıcıdır. Esnek mesai uygulamasının olduğu birimde 2 saat fazla mesai yapmayı gerektirdiğinden birim çalışanları 2 saat geç mesaiye başlayarak mesai saati 40 saatte sabitlenmektedir(43). Esnek mesai saatleriyle ilgili ASE’lerde bilgi eksiklikleri mevcuttur.

ASE’lerin gün içinde değerlendirdiği hasta sayısı 10 ile 80 arasında değişebilirken, hekimlerde bu durum 50 ile 110 arasındadır.

ASE’ler arasında değerlendirdikleri hasta açısından gün içinde yaklaşık 8 katlık bir fark oluşabilmektedir. Bunlar ASE’lerin üzerine düşen iş yükü verilen hizmetin niteliğini etkileyebilecek nedenlerden biridir. Türkiye genelinde yapılan iş yüküne dayalı personel belirleme ile ilgili yapılan bir çalışmada ASE’lerin (%77) iş yükünün AH’lerden (%60) daha fazla olduğu ve iş yükü altında ezildiği belirtilmiştir (44, 45). Bir başka araştırmada ise çalışmayı bırakmayı düşünenlerin ASE’lerin %28.9’u gerekçe olarak iş yükünü belirtmiştir(7). Bu çalışmada ise ASE’ler arasında oluşan iş yükü farklılıklarının AH ile birlikte poliklinik hizmetlerinin yürütülmesi, hekimin ASM’de birimi dışında hastalara bakan hekim olması ve ASE’nin de aynı kişilere hizmet veriyor olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca ASM’nin bulunduğu bölgede farklı sosyoekonomik düzeyde yaşayan insanların olması ve bu durumun hizmet talebini etkilemesi, A, B ve C gruplarında birimlerin bazı hizmetler için ek personel istihdamının olması bu iş yükü dağılımını etkilemektedir.

Çalışmada hizmet verilen kayıtlı nüfusun sosyoekonomik düzeyi ayrıca sorgulanmıştır. Bölgede hizmet verilen nüfusun yaklaşık yarısı orta düzeyde sosyoekonomik duruma sahip iken diğer yarısı iyi ve kötü düzeyde sosyoekonomik duruma sahip kişilerden oluştuğu bilgisi alınmıştır. Aynı birimde çalıştığı halde bazı ASE ve AH’ler arasında sosyoekonomik düzeyin değerlendirmesiyle ilgili farklı görüşler ortaya çıkmıştır. Bu değerlendirme farklılıkları kendi yaşam koşulları veya AH ve ASE’nin hizmet verdikleri kişilerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

ASM’nin teknik donanımının değerlendirilmesinde hem AH hem de ASE yeterli bulunduğunu söylemiştir. Bunu da denetimlerin yaşandığını ve mevzuatta geçen gerekli koşulların sağlandığı şeklinde açıklamışlardır (30). 2013 yılında internet üzerinden yapılan bir çalışmada ASE’lerin %73,5’i ASM’lerin fiziki koşullarını yeterli bulmuş ve %70 i memnun

olduğunu belirtmiştir(8). Ancak yürüttüğümüz bu çalışmada daha detaylı sorgulandığında ASE'ler, binanın havalandırmasının ve yoğun mesai saatlerinde oda koşullarının yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca AH'e tarafından temin edilmesi gereken sarf malzemeleri ile ilgili, İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün sağladığı AP malzemeleri, D vit ve demir preparatlarıyla ilgili dönem dönem eksiklikler ve aksaklıklar yaşanabildiğini belirtmişlerdir.

C. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgili roller ve işleyiş koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi ve rehabilite edici hizmetler açısından detaylı incelendiğinde öne çıkan konular aşağıdaki gibidir.

1. Koruyucu sağlık hizmetleri

ASE'lerin koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri incelendiğinde pek çok hizmetin ASE'ler tarafından uygulandığı, yapıldığı yapılan görüşmelerden anlaşılmaktadır. Ülke genelinde internet üzerinde yapılan bir çalışmada ASE'lerin %79.2 görev, yetki ve sorumluluklarını bildiklerini, %85.1 'de görevi dışında işler yaptığını ifade etmiştir(8)

Koruyucu sağlık hizmetleri içinde olan gebe izlemini görev tanımları açısından incelediğimizde hem ASE'ler hemde AH'ler bu görevin ASE'nin görevi olduğunu belirtmişlerdir. Birimlerin bir bölümünde bu görev hekiminde isteği üzerine ekip yaklaşımı ile sürdürülürken diğer bir bölümünde ise sadece ASE'nin görevi gibi algılanmaktadır. Bazen ASE'ler, bazen AH'ler bazen de hastalar tarafından muayene gereksiz görülmektedir. Mevzuatta bu görev tanımı hem AH hemde ASE ile ekip çalışması içinde yapılması gereken hizmet içinde sayılmıştır(30). Bu izlemin eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından gerekli muayene ve önerilerle izlenmesi, AH-ASE gerektiğinde de kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıyla işbirliği önerilmektedir(46). Bu çalışmada gebelerin bir kısmı hekim tarafından hiç muayene olmamakta, bir kısmı özel kurum takibinde olduğundan ASM'ye de gelmemektedir ve izlemler telefon aracılığıyla kişilerden sağlanarak, sisteme girilebilmektedir. Yaptığımız çalışma sırasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıyla işbirliğinden hiç söz edilmemiştir. Bu alanda hizmeti sağlayan diğer kurumlarla iş birliğine, etkileşime ihtiyaç vardır.

Lohusa izlemleri ağırlıklı olarak ASE'ler üzerinde yürütülmektedir. Mevzuatta görev tanımı olarak yine ASE ve AH'nin ekip çalışmasıyla vermesi gerek bir alan olarak tanımlanmasına(30) rağmen çoğu birimde AH lohusayı görmemektedir. Bunun bazı

birimlerdeki gerekçesi lohusalığın mahrem dönem olarak tanımlanması ve ASE'lerin kadın olarak izlemi yapmasının daha uygun olduğudur. Sağlık istatistik yıllığında İstanbul'da 2002'de kişi başına düşen lohusa izlem sayısının 0.1 olduğu, 2016'da 3.1'e çıktığı ve lohusa izlemlerinin arttığı gösterilmiştir(27). Bu çalışmada ASE'ler izlem için olması gereken 3 izlemin (16) yeterli sayıya ulaşamadığını, evde takibinin de yapılması beklenen(16) bu grubun bazen izlemlerinin sadece telefon üzerinden yürütüldüğünü belirtmektedir. Ayrıca ASE'ler lohusalara yeterli eğitim de sağlayamamaktadır. Lohusa izlemi hem nitelik hem de nicelik olarak izlemlerin yetersiz kaldığı bir alan olarak karşımıza çıkmıştır. Görüşülen kişiler bu hizmetin bu şekilde yürütmesindeki temel etkenin performans sistemine dahil olmaması olarak açıklamıştır.

15-49 yaş kadın izlemleri görevi bazen ASE, bazen hekim üzerine tanımlanmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları bu hizmeti, diğer hizmetlere yoğunlaştıkları dönemde ikinci plana attıklarını söylemişlerdir. AHU yönetmeliği içinde üreme sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında verilmesi gerekmektedir. Yönetmeliğe göre bu hizmetin hem ASE hem de AH tarafından yılda 2 kez yapılması görev tanımı içinde yer almaktadır(16, 30). ASE'ler çoğu zaman sadece kendilerine gelen gebe, lohusanın bu izlemlerini gerçekleştirmektedir. Bunun sebebi Aile Hekimliği İzleme Değerlendirme formu EK-2'de (42) özellikle gebelerin 15-49 yaş kadın izlemlerinin yapılıp yapılmadığının denetlenmesinden kaynaklanıyor olabilir. ASE'lerden biri bu hizmet iyi yapabildikleri durumda gebe tespitlerinin kolaylaşabileceğini söylemiştir. Ancak pek çok ASE gebelerini GEBLİZ üzerinden tespit etmektedir. Bu da 15-49 yaş kadın izlemlerinin iyi yapılmadığını göstermektedir.

İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından temin edilen aile planlaması malzemelerinin(16) ASM'ye başvuran ve talep edenlere ulaşması ASE'lerce sağlanmaktadır. Mevzuatta bu hizmetin sağlanması sorumluluğu hem AH hem de ASE üzerine tanımlanmıştır(30). İşleyişte ise bu görev ASE'lere tanımlanmış ve malzeme dağıtılmasıyla sınırlandırılmıştır. Hekimler malzemelerin yetersiz olduğu ve reçete etmesi gerektiği durumlarda müdahil olmaktadır. Birim çalışanları genellikle RİA uygulaması yapmamakta ve bunu görevi olmaması, zamanı olmaması veya yeterli donanımına sahip olmaması şeklinde açıklamaktadır. RİA uygulaması için eğitim ve sertifika alınması yeterli olurken(42, 47) ASE'ler AHB grubunun uygun olmadığını sıkça dile getirmişlerdir. Mevzuatın yorumlanmasına dair eksiklikler, yanlışlıklar mevcuttur. Çoğu zaman uygulamayı yapan başka kurumlara yönlendirme eğilimi mevcuttur. ASM'lere kayıtlı nüfusun bir kısmının gebelikten korunma yöntemlerini ASM'den talep

etmeyip kendilerinin temin ettiği bilgisi de elde edilmiştir. Başka bir çalışmada da ortaya çıkan bulgu AP hizmetlerinin kondom ve hap dağıtımı üzerinden yapıldığı ve RİA uygulamasının terk edildiği yönündedir(9). Dolayısıyla aile planlaması hizmetlerinin sağlanması bazen talep eden tarafından, bazen sağlık hizmeti sunucuları tarafından aksayabilmektedir. Bu yetersiz AP hizmet sunumu sonucu ASE'ler hizmetiyle istemsiz gebeliklerle karşılaşabilmektedir.

Bebek-çocuk izlem görevi genellikle ASE'ler tarafından yürütülmektedir. Bebek-çocuk izlemleri AH ve ASE'nin görevi olarak tanımlanmakta, hastane ve İlçe Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği içinde verilmesi önerilmektedir(16, 30). Sosyoekonomik düzeyi yüksek nüfus bu hizmeti özel kurumlarda almakta, bu kişilere ait bilgiler ASE'ler tarafından telefon aracılığıyla sağlanmakta ve sisteme kaydedilmektedir. Bebek izlemleri protokolünde izlemlerin evde de yapılması önerilmekle birlikte(16), telefonla sağlanan izlem bilgisinin alınması bu izlemlerin niteliği açısından düşündürücüdür. Bebek izlemlerinin denetimleri sıkı bir şekilde yapılması(42) ve performans sisteminin bu izlemleri etkilemesi bu izlemlerin tamamlanmasına özel önem verilmesine etki etmektedir.

Bağışıklama hizmetleriyle ilgili değerlendirmede görüşülenler genelde çocuk ve bebeklerin bağışıklama hizmetlerinden bahsetmişlerdir. Görev tanımında ASE uygulama, hekim ise her zaman olmamakla birlikte "aşı uygundur" şeklinde karar verilmesini sağlama konumundadır. Bazı birimlerde ise sadece ASE değerlendirme yapmakta ve bazı ASE'ler hekimin bir görevi olmadığını belirtmektedir. Bir ASE farklı olarak aşı yapmanın hekimin görevi olduğunu düşünmektedir. Her iki grup sağlık çalışanının da bu hizmeti gerçekleştirme açısından mevzuatta görevli olduğu belirtilmiş ancak keskin bir ayrımı olan görev tanımı yapılmamıştır(16, 30). 2000 yılında yayınlanan bir genelgede sağlık ocağında çalışan sağlık memurunun, hemşirenin ve ebenin aşı uygulaması yaptığı net bir şekilde tanımlanmaktadır(48). AHU yönetmeliğinde bu görev net bir şekilde herhangi bir sağlık çalışanına tanımlanmamıştır. Bu konuda daha açık tanımlamaların yapılması ihtiyacı vardır. Aşı malzemelerinin istenmesi ASE'nin görevidir. Mevzuatta gerekli tıbbi malzemelerin hazır bulundurulması iş olarak ASE'lere tanımlanmıştır(30).

Bu çalışmada soğuk zincir takip görevi hem ASE hem de AH'nin görevi olarak belirtilmektedir. Bu görev tanımlaması mevzuatla uyumludur(30). Gün içinde malzemelerin ve aşılarda ısı takipleri genelde ASE'ler tarafından yapılmakta soğuk zincir kırılmalarında ise AH'ler müdahil olması şeklinde işleyiş mevcuttur. ATS ve soğuk zincir kırılmalarının takip ve denetimi üst birimlerce söz konusudur(42). Böylece AHB ve yönetim birimleri arasında

işbirliği olan bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Soğuk zincir ve ATS gibi sistemlerin kendi nüfuslarından güvenilirlik yarattığı ve pek çok hizmeti almak istemeyen sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerin bile bu hizmeti ASM'den talep ettiği bilgiler arasındadır.

Bağışıklama hizmetlerinde; BCG aşısı gibi bazı aşıların pratik uygulamalarında ASE'ler sorunlar yaşamakta, kendi aralarında çözme yoluna gitmektedirler. Bu eğitim eksikliklerini ASE'lerin kendi aralarında gidermesi, bazı yanlış tekniklerin aktarılmasına da sebep olabileceği düşünülerek bu alandaki ihtiyacın kurum düzeyinde yetkili kişilerce sağlanması önemlidir.

İlçe Sağlık Müdürlüğü yönetiminde çalışan katılımcı ASE'lerin sadece kendi biriminin bağışıklama hizmetlerini vermesi şeklinde yürütüldüğünde, aksamalar olduğunu ve bunun da yanlış olduğuna vurgu yapmıştır. Birim bazında yaklaşım ifadesi, kendi birimine bağlı kişilere sadece uygulama yapmak olarak karşımıza çıkmaktadır. Mevzuatta 'kendisine kayıtlı' ibaresi(30) bu birim bazında yaklaşımı destekleyicidir.

Yeni doğan taramalarının çoğu ASE'ler tarafından yapılmaktadır. Bazı birimlerde AH'ler yeni doğanları muayene ediyor olsa da, bazı birimlerde sadece ASE tarafından değerlendirilerek üst kurumlara yönlendirilmektedir. Ülke tarama programı içinde yapılan bu izlem her iki personeline sorumluluğundadır(16, 30).

Yeni doğan taramasında topuk kanı alınmasına dair İlçe Sağlık Müdürlüğü motive edici yaklaşımlarda bulunarak bu hizmetin iyileşmesine katkı sağlanmıştır ve ilde birinci sıraya geldikleri belirtilmiştir. Bu alanda üst kurumlarla iş birliği yapılmasının(16) gerçekleşmesi sağlık hizmetini olumlu etkilemiştir.

İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanı ile yapılan görüşme de sağlık personelinin okul sağlığı hizmetleri içinde çocuk ergen izlemlerini uygulamamak, yapmamak için direnç gösterdiğini belirtmiştir. İlk olarak 2010 yılında Toplum Sağlığı Merkezleri'yle ASM'lerin eşgüdüm içinde yürütmesi beklenen(16) bu alan uygulanmaya yeni başlanması açısından hizmetin içeriğinde standardizasyonun sağlanamadığı bir konu olarak karşımıza çıkmıştır. Görev tanımı kapsamında da hem ASE hem de hekimin bu hizmeti ekip çalışması içinde sürdürmesi beklenmektedir(16). ASE'ler bu alandaki görevlerini kilo, boy ölçümleri, numune alımları şeklinde yapmakta ancak çoğu AH ve ASE bu alanı kendi görevleri içinde görmemektedir. Bazı sağlık personeli bu izlemler sırasında farkındalıklarının arttığını belirtmiş, bir hekim ise performansa yansıma olmadığı durumda bu hizmetin çok da işlemeyeceğini ifade etmiştir. Okul sağlığı izlemleri (çocuk-ergen izlemleri) sağlık personeli tarafından çok kabullenilmiş

bir alan olmamış ancak okullardan yapılmasına yönelik talebin gelmesi bu uygulamanın gerçekleşmesini sağlamaktadır. Farklı kurumlarla işbirliği yapılması gereken bir alan olması bu hizmetin sağlanmasında olumlu etki yapabilir.

Rahim ağzı kanseri taraması genellikle ASE'lerin asıl sorumlu olarak tanımlandığı bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Kolon kanseri taramaları bazen ASE bazen AH üzerinden yürütülmektedir. Görev tanımı açısından net sınırlar belirlenmemiş olsa da mevzuatta kanser taraması da diğer (çocuk izlem, gebe izlem vb) izlemlerle aynı alanda değerlendirilmiş ve her iki sağlık personeli de bu alanda sorumlu tutulmuştur(30).

İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bazı ASE'lerin geri bildirimlerine göre rahim ağzı kanseri taramaları oldukça başarılı yapılırken kolon kanseri taramalarında bundan söz edilememektedir. İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün ASE'lerle rahim ağzı kanser taramasında işbirliği sağlaması, ASE'lerin rahim ağzı kanseri taramaları görevini üstlenmiş olması, kolon kanseri tarama yöntemlerinin değişmesi ile yeni yöntemin kabullenilmemesi ve kolon kanseri taramasının ikinci basamak kurumlarının görevi olduğu düşüncesi iki tarama arasındaki farklı yaklaşıma sebep olmuş olabilir.

İl düzeyindeki yönetici bu tür taramaların başarı sağlamasında sağlık personelinin çabasından ziyade toplumun sağlık okuryazarlığının arttırılmasıyla ilgili olduğu düşüncesindedir. Buna karşın ilçe düzeyindeki yöneticinin sağlık personeli çeşitli şekillerde motive ederek ilerleme kaydettiğini belirtmesi oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığı toplumun tarama programlarına yaklaşımını etkileyecek olsa da, bu çalışmada sağlık çalışanlarının motivasyona ihtiyacı olduğu görüşü ortaya çıkmıştır.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Enjeksiyon ve pansuman uygulamaları ASE'ler tarafından verilmektedir. İlgili mevzuat tanımı ile uyumludur ve ASE'nin görevi olarak tanımlanmıştır(30). A, B ve C grubu AHB'lerde bu hizmetler ASM'de çalıştırılan ek personel istihdamı ile karşılanmaktadır. Ancak bazı birimlerde ek personelin bu görevleri üstlenmesi birimin ASE'sinin bu görevin kendi görevi olmadığı inancını taşımasına yol açmaktadır. Bu da AH-ASE iletişimini zedeleyebilmektedir. İlgili mevzuatta ek personele bir görev atfedilmemiş tıbbi sekreter olarak da istihdam edilebileceği bilgisi verilmiştir(30). Buna göre ek personelin olması ASE'nin görev tanımını değiştirmemektedir. Bu konuda ASE'lerin bilgilendirme ihtiyacı vardır.

Enjeksiyon uygulamaları ilgili birimlerde hekimin yönlendirmesi üzerine ASE'ler tarafından yapılmaktadır. ASE'ler bazı enjeksiyonları yapmaktan kaçınabilmektedir. Bazı birimlerde AH'ler, ASE'lerini tüm enjeksiyonları uygulaması yönünde motive etmiş ve bu

hizmetin kesintisiz olması sağlanmıştır. Bazı birimlerde ise pansuman uygulamalarıyla ilgili de ASE'ler hekimlerinden destek alamamaktadır. AH'lerin birlikte çalıştığı ekibini denetleme ve destekleme görevleri vardır(30). ASE'lerin bilgi ve AH'lerin desteğine ihtiyaç duyduğunu bu alanlarda AH'lerin görevlerini yerine getirmiyor olması bu hizmetlerin yürütülmesini aksatabilecektir.

Poliklinik hizmetleri içinde, numune alınması, yaşamsal bulguların ölçülmesi gibi görevlerde vardır ve numune alınması ASE'lerce yapılmaktadır. Yaşamsal bulguların ölçülmesi görevi bazen ASE'ler bazen AH'leri tarafından yapılmaktadır. Numune alınması da, yaşamsal bulguların ölçülmesi de mevzuatta ASE'nin görevi olarak tanımlanmaktadır(30). AH'ler poliklinik şartlarında bazen tansiyon ölçümünü yaptıklarını belirtse de bazı AH'ler bu görevi özellikle ASE'nin yapması gerektiği yönünde yaklaşım geliştirmiştir. Böylece ASE'nin görev tanımını şekillendirmeye etki etmişlerdir. Bazı ASE'lerin bu görevi AH'nin görevi olarak tanımlaması yine bu konuda bilgi ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır.

Ev ziyaretleri içinde tedavi edici sağlık hizmetleri bazen AHB'deki her iki personel, bazen sadece AH, bazen sadece ASE tarafından yapıldığı ifade edilmiştir. Hizmet içeriğinde standardizasyon olmadığı çok vurgulanmıştır. Ev ziyaretleri hizmeti, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi şeklinde tanımlanmasına(30) rağmen genelde reçete yazılması hizmeti üzerinden sürdürülmektedir. Aile Hekimleri Derneği Federasyonu evde sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği Kanunu'nda geçmediği gerekçesiyle evde sağlık hizmetlerini kendi görevleri içerisinde görmemektedir(49). 2011 yılında Sağlık-Sen'in Ankara'da yaptığı bir çalıştayda yine evde sağlık hizmetlerinin ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların görevi olması gerektiği savunulmuştur(50). ASM çalışanlarının bu hizmeti üstlenmek istememesi, görev tanımı algılarından da kaynaklanan karmaşaya sebep olmakta, böylece her birim kendi yaklaşımını gerçekleştirmekte ve hizmetin bölgeye eşit sağlanması engellenebilmektedir. AH'lerin görev tanımı ile ilgili netliğin sağlanamaması, bu görevde yardımcı olarak tanımlanmış(30) ASE'lerin rolünde de belirsizliklere yol açmaktadır. Ev ziyaretleri mevzuatta mesai saatleri içinde sayılmakta (30) görüşülen sağlık personeli çoğu zaman bu hizmeti düzenli yapmadığını belirtmektedir. AH'nin ev ziyaretine gittiği durumda ASE'nin hangi görevlerde bulunduğu genelde belirtilmemektedir. Sadece 1 ASE hekimiyle ev ziyaretine gitmediğinde ASM'de kaldığını belirtmiş, o da bunun nasıl olması gerektiğine dair net bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Bu alanda görev tanımlarının netleşmesine ihtiyaç vardır.

3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetlerinde çoğu görüşülen kişi ASE'lerin görev tanımlarının olmadığını ya da kendisinin bilmediğini belirtilmiştir. Bazı ASE'ler görev tanımlarının içinde psikolojik destek vermek, beslenme eğitimleri ve evde sağlık hizmetlerini saymışlardır. Üst kurumlarda çalışanlardan biri ev ziyaretlerini bu alandaki hizmetler olarak belirtmiş, bir diğeri ise rehabilitate edici sağlık hizmeti olarak madde bağımlılığı, istismar gibi durumların erken tespit edilmesi ve yönlendirme yapabilme gibi hizmetleri bu alanda değerlendirmiştir. AHU Yönetmeliği'nde bu hizmet AH ve ASE tarafından ekip anlayışı içinde sunulması gereken bir alan olarak tanımlanmıştır(30). Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberinde, ASM çalışanlarının çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı dahilinde çocuğun gelişimine dair veya şiddet, istismar konularında erken risk tespitlerini yapması, ruh sağlığı konularında üst kurumlarla işbirliği içinde şeklinde görev tanımları vardır(16). Üst düzey yöneticilik yapmış katılımcı benzer konuların ilgili ASE'lerin görevi olduğunu belirtmekle birlikte görev tanımları ve bu hizmetin yürütülmesine dair çalışmaların sahada yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri alanında ASM'de çalışan sağlık hizmet sunucularının görev tanımlarının netleşmesi ve hizmet sunumuyla ilgili bilgi ihtiyacı olduğu belirgin olarak gözlenmektedir ve atıl kalan bu konu üzerine çalışması gerekmektedir. Astana'da(2018) yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Dünya Konferansı'nda toplumun yaşlanması ile artan kronik hastalıkların önemine vurgu yapılmış, rehabilitate edici ve palyatif sağlık hizmetlerinde temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olduğunu belirtmiştir(4, 5).

VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada temel sağlık hizmetleri açısından ASE'lerin özellikle koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde oldukça büyük bir rolü olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır.

AH'lerinin gebe izlemi, lohusa izlemi, çocuk-bebek izlemi gibi alanlarda kendi rolünü bilmemesi ekip çalışması önünde bir engel oluşturmaktadır. Bu konularda AH'lerin de rolleri olduğu çeşitli şekillerde gündeme getirilip hatırlatılmalı ve bu konuda eğitimler gerçekleştirilmelidir. AH ve ASE'nin sıkı iletişim içinde olması görev tanımlarının daha da netleşmesinde, eksik alanların birlikte giderilmesinde etkili olacaktır. İzlemlerde sadece riskli alanlar açısından değil, tüm sağlık hizmetleriyle ilgili bilgiler AH ve ASE arasında paylaşarak ekip yaklaşımı konusunda motive edilme ve örnek vaka ve izlemler üzerinden eğitimler planlanmalıdır.

Ağırlıklı olarak ASE tarafından değerlendirilen temel sağlık hizmetleri konusunda teorik ve pratik alanlarda detaylı ve sürekli eğitimler düzenlenmelidir. Bu eğitimlere ASE'lerin katılabilmesi için gerekli teknik ve nitelikli koşullar sağlanmalıdır.

ASE'nin görev tanımı, mevzuat ve AH'nin yaklaşımından etkilenebilmektedir. Mevzuatın daha anlaşılır ve detaylı hale getirilmesi, ayrıca var olan mevzuattaki görev tanımlarının ne anlama geldiği noktasında ASM çalışanlarına tekrarlayıcı hatırlatmalar yapılması oldukça önemlidir.

Ev ziyareti hizmeti hem AH, hem de ASE tarafından kabul görmeyen görevlerden biridir. Meslek dernekleri ve sendikaların etkin olabileceği düşüncesiyle bu kurumlarla işbirliği çalışmaları yapılmalıdır. Bu alanda ASM'de verilen hizmetin standardizasyonun sağlanması ve bu hizmeti veren diğer kurumlarla eşgüdüm sağlanması, ASM çalışanlarını motive edebilecektir.

Okul sağlığı hizmetleri gibi yeni başlatılan programların görev tanımı açısından uygun görülmediği halde uygulanıyor olması bu alanda Milli Eğitim Bakanlığı'nın bu konuda paydaş olarak talep etmesi şeklinde gerçekleşmiştir. ASM çalışanları tarafından hizmetlerin kabulünü arttırmak için paydaşların işbirliği ve etkileşiminin artırılması önemlidir. Ancak bu tarz uygulamalarda farklı yaklaşımların olabileceği ve yığılmaları önlemek için planlama ve bilgilendirme yapılması önem arz etmektedir.

Yeni doğan taramaları, rahim ağzı kanseri taramalarında olduğu gibi üst kurumlarla sağlık personelinin olumlu ve motive edici işbirliği içinde hizmetin sağlanması olumlu bir etki göstermektedir. Benzeri iletişim, motivasyon ve işbirlikleri diğer hizmet alanlarından sağlanmalı, diğer ilçelerde ve illerde benimsenmesi için özel önem gösterilmelidir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik AH'nin desteğine ASE'lerin ihtiyaç duyduğu alanlar belirlenmeli bu konuda eğitimler düzenlenmelidir. AH'lerinin bu alanda ASE'lerin denetim ve eğitiminden sorumlu olduğu da hatırlatılmalıdır.

Rehabilite edici sağlık hizmetlerine yönelik ASE'nin ve AH'nin görev tanımları bilinmemektedir. Bu alanda işbirliği yapılacak kurumlar ve programlar dahilinde görev tanımları üzerine eğitimler planlanmalı ve bu alan aktifleştirilmelidir.

Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan nüfusun aile sağlığı merkezleri üzerinden sağlık hizmeti almasının önündeki engellerin saptanmasına yönelik daha farklı çalışmaların yapılması gereklidir. Temel sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa standart olarak verilebilmesini de sağlayacak önlemler alınmasını sağlamaya yönelik çalışmalar yürütülmelidir. ASM'lerin görev tanımında olup farklı kurumlarca sağlanan sağlık hizmetlerinin bilgilerinin diğer kurumlarla işbirliği kurularak elde edilmesi gereklidir. Bu bilgileri telefonla hizmeti alanlardan elde etmek yerine daha kurumsal ve teknolojik yaklaşımların benimsenmesi önemlidir.

Hizmetlerin sağlanmasında performans sisteminin etkinliği sıkça dile getirilse de aşı gibi pek çok düzeyde eşgüdüm sağlanmış ve teknolojik olarak desteklenmiş alanların olması ve toplum tarafından talebini etkileyebilmesi dikkate değer bir alanı oluşturmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev tanımları, kurumlarla iletişim ve işbirliği, motive edici faktörler gözden geçirilerek temel sağlık hizmetlerinin ekip çalışması içinde yürütülmesi gerekmektedir. Bunun gerçekleşmesi de hizmet sunucularının görüşlerinin alınmasını da içermektedir.

IX. KAYNAKÇA

1. Öcek Z. Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı 2015.
2. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Geneva: 1978.
3. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Resmi Gazete Sayı:107055.01.1961.
4. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. Hasudur: 2018.
5. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata Towards Universal Health Coverage and The Sustainable Development Goals. Declaration of Astana 25-26.10.2018.
6. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis M, Reeves S. Relationship of Power: Implications for Interprofessional Education. Journal of Interprofessional Care. 2011 (25):98-104.
7. Güven B, Dörtbudak Z. Aile Sağlığı Elemanları Açısından Aile Hekimliği Modeli. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2018;15(3):154-60.
8. Sönmez MO, Sevindik F. Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1):43-8.
9. Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ekim 2013 (Birinci Baskı).
10. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine-3rd ed. Oxford University Press 2009.
11. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinik J Med Sci 2007;27:412-8.
12. Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı In: Europe W, editor. 2002.
13. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA EUROPE: 2011.

14. Occupational Employment and Wages, May 2017 Family and General Practitioners United States Department of Labor-Bureau of Labor Statistics2018 [24.12.2018]. Available from: <https://www.bls.gov/oes/current/oes291062.htm#nat>.
15. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları-Kısa Özet. Ankara Aile Hekimleri Derneği2016.
16. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu2012.
17. Roland M, Guthrie B, Thome DC. Primary Medical Care in the United Kingdom. Journal of the American Board of Family Medicine. 2012;25.
18. Öztürk Y. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetleri(Almanya). In: Öztürk Y, Günay O, editors. Halk Sağlığı Genel Bilgiler2011.
19. Erkoç M, Çağlayan Ç. Küba Sağlık Sistemi Paradoks mu Sosyolizm mi? Toplum ve Hekim. 2006;21(5-6).
20. Akdur R. Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık. 2016.
21. Fişek N. Halk Sağlığı'na Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:21983.
22. Kurt Ö, Şaşmaz T. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi:1961-2003. Lokman Hekim Journal. 2012;2(1):21-30.
23. Öztekin Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(2):1-6.
24. Öztürk Y. Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştiren 224 Sayılı Kanun'un Gerekçeleri, İlkeleri ve Uygulamadaki Sorunlar. In: Öztürk Y, Günay O, editors. Halk Sağlığı Genel Bilgiler2011.
25. Sağlık Bakanlığının Tarihçesi T. C. Sağlık Bakanlığı. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>.
26. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği(TAHUD) Tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na(THSK) Verilmek Üzere Hazırlanan Kısa Rapor. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği: 2017.
27. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü: 2017.

28. [07.08.2017]. Available from:
<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
29. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği Resmi Gazete No:27801
24.11.2004.
30. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayısı: 2853925.01.2013.
31. Uzun H. Aile Hekimliğinde Gruplandırma Rehberinde Yapılan Değişiklikler 2017
[10.07.2018]. Available from: <http://www.ahf.org.tr/Detay/1929/AILE-HEKIMLIGINDE-GRUPLANDIRMA-REHBERINDE-YAPILAN-DEGISIKLIKLER.aspx>.
32. Soğukpınar N, Saydam B, Bozkurt Ö, Öztürk H, Pelik A. Past and Present
Midwifery Education in Turkey. Midwifery. 2007;23(4):433-42.
33. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek
Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik 29007 Sayılı. Resmi
Gazete22.05.2014.
34. Ulusoy F. Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci. C Ü Hemşirelik
Yüksekokulu Dergisi. 1998;2(1).
35. Hemşirelik Yönetmeliği 27515 Sayılı. Resmi Gazete8.03.2010.
36. Hemşirelik Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Sayı : 26510, Kanun No.
5634 (02.05.2007).
37. Kızıl M, Üstüncarlı N, Erginer DK, Şemin İ. İzmir 112 Ambulanslarında Çalışan
Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Anksiyete Düzeyleri ve İş Stresörleri.
Hastane Öncesi Dergisi. 2016;1(1):43-54.
38. Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma.
Ankara: Bağlam Yayıncılık; 2015.
39. Cohen D, Crabtree B. Qualitative Research Guidelines Project July 2006
[03.07.2018]. Available from: <http://www.qualres.org/HomeMaxi-3803.html>.
40. 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında
Kanun Hükmünde Kararname. Resmi Gazete: 15.08.2017.

41. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge T. C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü07.11.2017 [20.12.2018]. Available from: <http://www.yhgm.saglik.gov.tr/TR,26280/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html>.
42. Mevzuat Kitabı. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı2018.
43. Aile Hekimliği Birimi-Esnek Mesai Örnekleri Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü [20.12.2018]. Available from: <http://www.kahramanmaras.saglik.gov.tr/TR,46129/aile-hekimligi-birimi.html>.
44. Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü2014.
45. Aile Hekimliğinde Ağır İş Yüğü Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu2015. Available from: <http://www.ahef.org.tr/Detay/1438/Aile-hekimliginde-agir-is-yuku.aspx>.
46. Akın A, Özvarış ŞB. Güvenli Annelik. In: Güler Ç, Akın L, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kİtabı 1: Hacettepe Yayınları; 2015.
47. Özel Durumlarda Aile Planlaması Danışmanlığı T.C. Sağlık bakanlığı. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap35.pdf>.
48. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı2000.
49. Evde Sağlık Hizmeti Sunmak, Kimin Görevidir? Aile Hekimleri Derneği Federasyonu2015 [21.12.2018]. Available from: <http://ahef.org.tr/Detay/1536/Evde-Saglik-Hizmeti-Sunmak-Kimin-Gorevidir.aspx>.
50. Sağlık-Sen Aile Sağlığı Hizmetlerinde Temel Sorunlar Çalıştayı. Sağlık-Sen Genel Merkezi Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Ankara2011.

X. EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Ben İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Uzmanlık Öğrencisi Dr. İlke Karadağlı Üçüncü. “Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezlerindeki Rolü: Nitel Bir Çalışma” isimli tez çalışmasını yapmaktayım. Bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan aile sağlığı elemanlarının(ASE) görev, yetki ve sorumluluklarının; hem aile hekimleri hem de aile sağlığı elemanı tarafından nasıl algılandığı, bu algılar arasındaki benzer ya da farklı durumların neler olduğu ve sağlık hizmeti sunumuna etkilerini tespit etmek amaçlanmıştır. Çalışma nitel araştırma tipiyle gerçekleştirilecektir. Çalışmaya Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi'ne(TSM) bağlı çalışan 20 aile hekimi, 20 aile sağlığı elemanı ile 1'i İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde ve 2'si Bahçelievler TSM'de aile sağlığı denetim ve yönetimini ile ilgili görevleri gerçekleştiren toplam 43 kişinin katılması planlanmaktadır. Her bir kişiyle yaklaşık 20-60dk süren yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılacaktır. Deneyiminizin, birinci basamak sağlık uygulamalarına ilişkin anlayışımıza ve bilgilerimize katkıda bulunabileceği düşüncesindeyiz. Bu çalışmaya katılımınız tamamıyla sizin gönüllü olmanız durumunda gerçekleşecektir. Anlaşılmayan sorular ya da başka bilmek istediğiniz bir durum olursa rahatça sorabilirsiniz. Alınan cevaplar sırasında bilgilerin kaydedilmesi ve eksik alan bırakılmaması amaçlı ses kaydı gerçekleştirilecektir. Bu kayıt sizin izniniz dahilinde kullanılacak ve yapılan kayıtlar bir başka kişi ya da kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Cevaplarınız için şimdiden teşekkür ederim.

İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. İlke Karadağlı Üçüncü

KATILIMCININ BEYANI

Sayın Dr. İlke Karadağlı Üçüncü tarafından İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla

kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu görüşmeden elde edilecek bulgular, kişisel bilgilerim gizlenerek “Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezlerindeki Rolü: Nitel Bir Çalışma” isimli tezde ve bilimsel literatürde yayınlanabileceği hakkında bilgim vardır.

☐ Kullanılmasını onaylıyorum ☐ Kullanılmasını onaylamıyorum

Yapılan görüşme sırasında iznim olursa ses kaydı yapılacağı, kaydın araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacağı tarafıma bildirildi.

☐ Kaydın yapılmasına izin veriyorum ☐ Kaydın yapılmasına izin vermiyorum

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorum olduğunda İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Dr. İlke Karadağlı Üçüncü’yü 0212 414 20 00/32404 nolu telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilmiştir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

EK 2. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezleri'nde Rolüyle İlgili Değerlendirme -Form 1(Aile Sağlığı Elemanı Formu)

I.GİRİŞ VE TANISMA

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ile Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile sağlığı elemanlarının verdiği hizmet içeriği ile ilgili bilgi toplanması, verilen hizmet aşamalarında beklentilerinin ve ihtiyaçlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Görüşme, hazırlanan rehberdeki konu başlıklarını içerecek şekilde karşılıklı konuşma şeklinde geçecektir. İzin verirsiniz eğer, görüşme sırasında bilgilerin kaydedilmesi ve eksik alan bırakılmaması amacıyla ses kaydı gerçekleştirilecektir. Bu kayıttaki bilgiler ve ses kayıtları başka kişi ya da kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Yürütülen görüşme sonunda elde edilen bilgiler sizin isminizle ilişkilendirilmeyecek şekilde derlenip bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Dr. İlke Karadağlı Üçüncü

İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Programı Öğrencisi

Kişi Hakkında Genel Bilgiler

İsminiz:

Cinsiyet:

Yaşınız:

Medeni durumunuz:

Eğitim durumunuz:

Mesleğiniz:

Meslekteki çalışma süresiniz:

Eski çalışılan yer/ler ve süre/ler:

(Yukarıdaki bilgileri kaydettikten sonra, görüşülen kişi ses kaydına izin vermişse lütfen kaydı başlatın)

II. GÖRÜŞME SIRASINDA ELE ALINACAK KONULAR

A) Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Hakkındaki Bilgiler

1. Çalıştığınız aile sağlığı merkezi hangi grupta:
2. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? (Esnek mesai vb)
3. ASM'de sizden bir günde hizmet alan ortalama kişi sayısı nedir?
4. Çalıştığınız birime başvuranların sosyoekonomik durumu nasıl, anlatır mısınız?
5. ASM'de var olan donanımı (teknik kaynakları, fiziki koşulları) nasıl değerlendiriyorsunuz, anlatır mısınız?
6. ASM'de çalışma sebebiniz nedir? (Zorunluluk, severek isteyerek) Neden bu tercihi yaptınız?
 - a. Tercih etme şansınız olsa başka bir kurumda çalışır mıydınız? Neden?

B) Aile Sağlığı Elemanının Rolü

1. ASM’de ne gibi görevleriniz vardır?
 - a. Bu görevlerin hangileri yetki ve sorumluluklarınız kapsamındadır? Neden böyle düşündüğünüzü açıklayınız?
 - b. Bu görevlerin hangileri yetki ve sorumluluklarınız dışındadır? Neden böyle düşündüğünüzü açıklayınız?
2. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde rolünüz ve görevleriniz nelerdir? (örnekle açıklayın)
 - a. Bu hizmet sunumları sırasında aile hekiminizle birlikte mi çalışıyorsunuz?
 - Aile hekiminizle birlikte çalışmadığınız/çalışmadığınız hizmetler neler? Bu durumlarda aile hekimi hangi işleri/görevleri yürütmekte?
3. Aile Sağlığı Merkezi’nde verdiğiniz sağlık hizmetleri için yeterli eğitime sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? (gerek lisans eğitim dönemi, gerekse de mesleğe başladıktan sonraki dönem) Açıklar mısınız?
 - a. Bu konuyla ilgili eğitim programları neler? Nasıl yapılmakta?
4. Aile sağlığı Merkezi’nde size verilen görevler dışında ne gibi hizmet ve görevleri gerçekleştirmek istediniz?
5. Aile sağlığı elemanı olarak isimlendirilme konusundaki düşünceleriniz neler? Kendinizi ve mesleğinizi değerlendirirseniz, bu konuyla ilgili önerileriniz ne/neler olurdu?
6. ASE’lerin görevleri ilgili mevzuatı okudunuz mu? Başkalarından mı duydunuz? Bu konuda ne/ler düşünüyorsunuz?

C) Hizmet Sunumu

1. ASM’de sağlık hizmeti sunumunda kim ya da kimlerle birlikte çalışıyorsunuz?(yardım almak, görev paylaşımı yapmak) Bu kişilerle nasıl/hangi işlerde birlikte çalıştığınızı anlatır mısınız?
2. ASM’de hizmet sunumu sırasında hekiminizle birlikte çalışmanızı gerektiren durumlar var mıdır? Nelerdir? Birlikte çalışabiliyor musunuz? Neden/Nasıl?
3. Aile Sağlığı Merkezi’nde sağlık hizmeti sunumu sırasında iyi işleyen konular neler? Nasıl geliştirilebilir?
 - a. Kendinden /hekimden/hastalardan kaynaklı
4. Aile Sağlığı Merkezi’nde sağlık hizmeti sunumu sırasında aksayan noktalar neler? Çözüm önerileriniz nelerdir?
 - a. Kendinden /hekimden/hastalardan kaynaklı
5. Hizmet sunumunda sorun/aksaklıkla karşılaşıldığında çözüm için ne yapılıyor? Nereye başvuruluyor, süreç nasıl işliyor? Böyle durumlar ne kadar sürede çözülüyor?

III. KAPANIŞ

Benimle konuşmak için zaman ayırdınız, teşekkür ederim. Sizden aldığım bilgiler çalışmanın değerlendirilmesi için çok yararlı olacak.

- Eğer başka bir sorum olursa sizi yeniden arayabilir miyim?
- Sizin eklemek istediğiniz/söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Katılımcıların soruları varsa yanıtlayın, yanıtlayamıyorsanız görevlilere iletin ve geri dönüş yapın. Soruları kaydedin.

EK 3. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezleri'nde Rolüyle İlgili Değerlendirme -Form 2(Aile Hekimi Formu)

I.GİRİŞ VE TANISMA

Sayın Aile hekimi,

Bu araştırma ile Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile sağlığı elemanlarının verdiği hizmet içeriği ile ilgili bilgi toplanması, verilen hizmet aşamalarında beklentilerinin ve ihtiyaçlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Aile sağlığı elemanlarının verdiği hizmet içeriği ile ilgili görüşleriniz araştırmayı güçlendirecektir. Görüşme, hazırlanan rehber başlığındaki konu başlıklarını içerecek şekilde karşılıklı konuşma şeklinde geçecektir. İzin verirsiniz eğer görüşme sırasında bilgilerin kaydedilmesi ve eksik alan bırakılmaması amacıyla ses kaydı gerçekleştirilecektir. Bu kayıttaki bilgiler ve ses kayıtları başka kişi ya da kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Yürütülen görüşme sonunda elde edilen bilgiler sizin isminizle ilişkilendirilmeyecek şekilde derlenip bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Dr. İlke Karadağlı Üçüncü

İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Programı Öğrencisi

Kişi Hakkında Genel Bilgiler

İsminiz:

Cinsiyet:

Yaşınız:

Medeni durumunuz:

Eğitim durumunuz:

Mesleğiniz:

Meslekteki çalışma süresiniz:

Eski çalışılan yer/ler ve süre/ler:

(Yukarıdaki bilgileri kaydettikten sonra, görüşülen kişi ses kaydına izin vermişse lütfen kaydı başlatın)

II. GÖRÜŞME SIRASINDA ELE ALINACAK KONULAR

A) Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Hakkındaki Bilgiler

1. Çalıştığınız aile sağlığı merkezi hangi grupta:
2. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? (Esnek mesai vb)
3. ASM'de sizden bir günde hizmet alan ortalama kişi sayısı nedir?
4. Çalıştığınız birime başvuranların sosyoekonomik durumunun nasıl anlatır mısınız?
5. ASM'de var olan donanımı (teknik kaynakları) nasıl değerlendiriyorsunuz, anlatır mısınız?
6. ASM'de çalışma sebebiniz nedir? (Zorunluluk, severek isteyerek) Neden bu tercihi yaptınız?
 - a. Tercih etme şansınız olsa başka bir kurumda çalışır mıydınız? Neden?
7. Birlikte çalıştığınız ASE'nizin burda çalışmayı seçme sebebini biliyor musunuz? Bu konu da ne düşünüyorsunuz?

B) Aile Sağlığı Elemanının (ASE) Rolü

1. ASM’de birlikte çalıştığınız ASE’nizin rutin olarak yaptığı işler/görevler nelerdir?
 - a. Bu görevlerin hangileri sizin, hangileri ASE’nizin yetki ve sorumlulukları kapsamındadır? Sizin yetki ve sorumluluğunuz altında olan var mı? Neden böyle düşündüğünüzü açıkla mısınız?
 - b. Bu görevlerin yetki ve sorumluluk açısından farklı olmasını ister misiniz? Neden böyle düşündüğünüzü açıkla mısınız?
2. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde ASE’nizin rolü ve görevleri nelerdir? (örneklerle açıklayın)
 - a. Siz bu hizmet sunumları sırasında ASE’nize birlikte mi çalışıyor sunuz?
 - ASE’nizle birlikte çalışmadığınız/çalışmadığınız hizmetler neler? Bu durumlarda siz hangi işleri/görevleri yürütmektesiniz?
3. ASE’nizin ASM’de verdiği hizmetler için yeterli eğitime sahip olduğunu düşünüyor musunuz?(gerek lisans eğitim dönemi, gerekse de mesleğe başladıktan sonraki dönem) Açıklar mısınız?
 - a. Bu konuyla ilgili eğitim programları neler? Nasıl yapılmakta?
4. Birlikte çalıştığınız ASE’nizin yaptığı görevler dışında ne gibi hizmet ve görevleri gerçekleştirmesini isterdiniz?
5. Aile sağlığı elemanı olarak isimlendirilme hakkındaki düşünceleriniz neler?
6. ASE’lerin görevleri ilgili mevzuatı okudunuz mu? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
7. Birlikte çalıştığınız ASE’nin eğitimi için sizin üstlendiğiniz konu/beceri var mı?

C) Hizmet Sunumu

1. ASE’niz sağlık hizmeti sunumunda kim ya da kimlerle birlikte çalışıyor? (yardım almak, görev paylaşımı yapmak)
2. ASM’de hizmet sunumu sırasında ASE’nizle birlikte çalışmanızı gerektiren durumlar var mıdır? Nelerdir? Birlikte çalışabiliyor musunuz? Neden/Nasıl?
3. Aile Sağlığı Merkezi’nde ASE’nizin sağlık hizmet sunumu sırasında iyi işleyen konular neler? Nasıl geliştirilebilir?
 - a. ASE’den/hekimden/hastalardan kaynaklı
4. Aile Sağlığı Merkezi’nde ASE’nizin sağlık hizmeti sunumu sırasında aksayan noktalar neler? Çözüm önerileriniz nelerdir?
 - a. ASE’den /hekimden/hastalardan kaynaklı
5. Hizmet sunumunda sorun/aksaklıkla karşılaşıldığında çözüm için ne yapılıyor? Nereye başvuruluyor, süreç nasıl işliyor?
 - a. Böyle örnek durumlar ne kadar sürede çözülüyor?

III. KAPANIŞ

Benimle konuşmak için zaman ayırdınız, teşekkür ederim. Sizden aldığım bilgiler çalışmanın değerlendirilmesi için çok yararlı olacak.

- Eğer başka bir sorum olursa sizi yeniden arayabilir miyim?
- Sizin eklemek istediğiniz/söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Katılımcıların soruları varsa yanıtlayın, yanıtlayamıyorsanız görevlilere iletin ve geri dönüş yapın. Soruları kaydedin.

EK 4. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezleri'nde Rolüyle İlgili Değerlendirme -Form 3 (Anahtar Görüşülen Formu)

I.GİRİŞ VE TANISMA

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile sağlığı elemanlarının verdiği hizmet içeriği ile ilgili bilgi toplanması, verilen hizmet aşamalarında beklentilerinin ve ihtiyaçlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Aile sağlığı elemanlarının verdiği hizmet içeriği ile ilgili görüşleriniz araştırmayı güçlendirecektir. Görüşme, hazırlanan rehber başlığındaki konu başlıklarını içerecek şekilde karşılıklı konuşma şeklinde geçecektir. İzin verirseniz eğer görüşme sırasında bilgilerin kaydedilmesi ve eksik alan bırakılmaması amacıyla ses kaydı gerçekleştirilecektir. Bu kayıttaki bilgiler ve ses kayıtları başka kişi ya da kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Yürütülen görüşme sonunda elde edilen bilgiler sizin isminizle ilişkilendirilmeyecek şekilde derlenip bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Dr. İlke Karadağlı Üçüncü

İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Programı Öğrencisi

Kişi Hakkında Genel Bilgiler

İsminiz:

Cinsiyet:

Yaşınız:

Medeni durumunuz:

Eğitim durumunuz:

Mesleğiniz:

Meslekteki çalışma süresiniz:

Eski çalışılan yer/ler ve süre/ler:

(Yukarıdaki bilgileri kaydettikten sonra, görüşülen kişi ses kaydına izin vermişse lütfen kaydı başlatın)

II. GÖRÜŞME SIRASINDA ELE ALINACAK KONULAR

A) Aile Sağlığı Merkez (ASM) leri ile ilgili yaptığı işler

1-Aile sağlığı merkezleri ve aile sağlığı elemanları ile ilgili yaptığınız/yürüttüğünüz görevleri anlatır mısınız? Ne zamandır yapıyorsunuz? Bu görevler neleri kapsamaktadır?

B) Aile Sağlığı Elemanının (ASE) Rolü

1. ASM'de çalışan ASE'lerin ne gibi görevleri vardır?
 - a. Bu görevlerin hangileri ASE'lerin yetki ve sorumlulukları kapsamındadır? Neden böyle düşündüğünüzü açıklayınız?
 - b. Bu görevlerin hangileri ASE'lerin yetki ve sorumlulukları dışındadır? Neden böyle düşündüğünüzü açıklayınız?

2. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde ASE'lerin rolü ve görevleri nelerdir? (örnekle açıklayın)
3. ASE'lerin ASM'de verdiği sağlık hizmetler için gerekli eğitime sahip olduğunu düşünüyor musunuz? Bu konuyla ilgili neler yapılmaktadır? (gerek lisans eğitim dönemi, gerekse de mesleğe başladıktan sonraki dönem) Açıklar mısınız?
- Bu konuyla ilgili eğitim programları neler? Nasıl yapılmakta?
4. ASE'lerin yaptığı görevler dışında ne gibi hizmet ve görevleri gerçekleştirebilir?
5. Aile sağlığı elemanı olarak isimlendirilme hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
6. ASE'lerin görevleri ilgili mevzuat var. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

C) Hizmet Sunumu

1. ASE'ler sağlık hizmeti sunumunda kim ya da kimlerle birlikte çalışıyor? (yardım almak, görev paylaşımı yapmak) Bu süreçle ilgili ne düşünüyorsunuz?
2. ASE'lerin AH'le birlikte çalışmasını gerektiren durumlar var mıdır? Yapılabiliyor mu? Neden/Nasıl?
3. Aile Sağlığı Merkezi'nde ASE'lerin sağlık hizmeti sunumu sırasında iyi işleyen konular nelerdir? Nasıl geliştirilebilir?
 - a. ASE'den/hekimden/hastalardan kaynaklı
4. Aile Sağlığı Merkezi'nde ASE'lerin sağlık hizmeti sunumu sırasında aksayan noktalar nelerdir? Çözüm önerileriniz nelerdir?
 - a. ASE'den /hekimden/hastalardan kaynaklı
5. Hizmet sunumunda sorun/aksaklıkla karşılaşıldığında çözüm için ne yapılıyor? Nereye başvuruluyor?

III. KAPANIS

Benimle konuşmak için zaman ayırdınız, teşekkür ederim. Sizden aldığım bilgiler çalışmanın değerlendirilmesi için çok yararlı olacak.

- Eğer başka bir sorum olursa sizi yeniden arayabilir miyim?
- Sizin eklemek istediğiniz/söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

EK 5. İl Sağlık Müdürlüğü İzni

PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR sorumluluğunda Dr. İlke KARADAĞLI ÜÇÜNCÜ
Çalışmanın Türü	Uzmanlık Tezi
Çalışmanın adı:	Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezlerindeki Rolü: Nitel Bir Çalışma
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	TSM'ye bağlı ASM'ler ve İl Sağlık Müdürlüğü
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı	01.09.2017 - 15.07.2018

Madde 1. Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile Dr. İlke KARADAĞLI ÜÇÜNCÜ (Adres: İstanbul Tıp Fakültesi Temel Bilimler Binası Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2. Kat - İstanbul) arasında düzenlenmiştir.

Madde 2. Bu protokol İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmaları kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

Madde 3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

Madde 4. Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

Madde 5. Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

Madde 6. Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılmasını durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

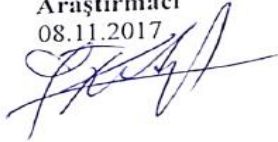
Madde 7. Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilen her türlü materyalde (tez, makale, poster sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılamayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Madde 8. Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya tezin bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere PDF formatında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Projeler Birimi'nin hsm34.sosvalprojeler@saglik.gov.tr adresine iletilecektir.

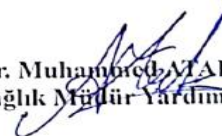
Dr. İlke KARADAĞLI ÜÇÜNCÜ

Araştırmacı

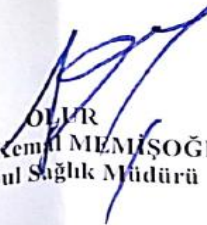
08.11.2017



Dr. Muhammed TAK
İl Sağlık Müdür Yardımcısı



OLUR
Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
İstanbul Sağlık Müdürü



EK 6. Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1100

Tarih : 04.10.2017

Konu: Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR hk.

Sayın Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : Halk Sağlığı Anabilim Dalının 18/09/2017 gün ve 342062 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. İlke Karadağlı ÜÇÜNCÜ' nün yürüteceği 2017/1040 dosya numaralı "Aile Sağlığı Elemanların Aile Merkezlerindeki Rolü: Nitel bir Çalışma" başlıklı çalışma kurulumuzun 22/09/2017 tarih ve 15 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

XI. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İlke	Soyadı	Üçüncü
Doğ.Yeri	Balıkesir	Doğ.Tar.	23.03.1988
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	5445060877
Email	ilkekaradagli@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Kocaeli Üniversitesi-Tıp	2012
Lise	Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi (Balıkesir)	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Pratisyen Hekim	Derince Toplum Sağlığı Merkezi	2 ay(2012-2013)
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce				56	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Atlas.ti	Orta
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri :

Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi