

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE
YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:
NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA

UZMANLIK TEZİ

DR. KADRIYE ÖĞÜNÇ

ARALIK - 2020

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE
YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:
NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA

UZMANLIK TEZİ
DR. KADRIYE ÖĞÜNÇ

DANIŞMAN:
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

ARALIK - 2020

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.09.2020 tarihinde E.8439 sayısı ile onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

29/12/2020

Dr. Kadriye ÖĞÜNÇ

İNTİHAL RAPORU

Tez çalışmamız; aile hekimlerinin COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları deneyimleri, karşılaştıkları sorunları, pandemi döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin veriminin artması ve daha etkin bir mücadele için tavsiye ettikleri çözüm önerilerini içermektedir.

Çalışmamızın genel bilgiler bölümünde, aile hekimliği kanunun ve aile hekimliği uygulamalarına dair yönetmeliklerin yer almasından dolayı intihal oranı 29.12.2020 tarihli www.intihal.net sitesinin raporuna göre %25 çıkmaktadır.

Gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerinin intihal oranı 29.12.2020 tarihli www.intihal.net sitesinin raporuna göre %8'dir.

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız **Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e**,

Tez hazırlama sürecinde bana büyük desteği olan, her türlü sıkıntıda yardımını esirgemeyen, sabırla ve özveriyle benimle ilgilenen değerli ağabeyim **Uzm. Dr. Abdülkadir Aydın'a**,

Tez yazarken tecrübe ve bilgilerinden yararlandığım **Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na**, katkılarından dolayı **Uzm. Dr. Aslıhan Yiğit Arıkan'a**, veri toplama sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen **Dr. Elif Akar, Dr. Alptekin Ceylan** ve **Uzm. Dr. Gürkan Muratdağı'na**,

Tez aşamasında benzer sıkıntılarla ilerlediğimiz, birbirimize destek olduğumuz sevgili arkadaşım **Dr. Beyza Şahin'e**,

Destekleriyle tez sürecimin ağırlığını hafifleten **Kübra Çapraz** ve **Bahar Öğünç'e**,

Bu günlere gelmemde en büyük emeği geçen, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem **Emine Kahraman** ve babam **Fehmi Çapraz'a**,

Uzmanlık eğitimim sürecinde ve tez yazarken tüm sıkıntıları birlikte göğüslediğimiz, beni her zaman destekleyen, moral ve motivasyonumu daima yüksek tutan canım eşim **Caner Öğünç'e**

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Kadriye ÖĞÜNÇ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
ŞEKİLLER VE TABLOLAR	vi
ÖZET.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI	5
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ	6
2.3. AİLE HEKİMİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI	7
2.4. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI	8
2.5. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ.....	10
2.5.1. Aile Sağlığı Merkezinin Oluşturulması	13
2.5.2. Aile Sağlığı Merkezinin Asgari Fiziki Şartları ve Asgari Teknik Donanımı	14
2.5.3. Aile Hekimliğinde Performans ve Kalite Standartları	16
2.5.4. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi	16
2.5.5. Aile Hekimliğinde Bağışıklama Hizmetleri.....	18
2.5.6. Aile Hekimliğinde Sevk Evrakı, Reçete Düzenlenmesi ve Aile Hekiminin Bilgilendirilmesi	19
2.6. BULAŞICI HASTALIKLAR VE PANDEMİ KAVRAMI	20
2.6.1. Tarihteki Küresel Pandemiler	20
2.7. COVID-19 PANDEMİSİ	24
2.7.1. Pandeminin Ortaya Çıkışı	24
2.7.2. Virüsün Uluslararası Yayılımı	27
2.7.3. Türkiye’de Pandeminin Yönetimi.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30

3.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	30
3.2.	ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	30
3.3.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
3.4.	ARAŞTIRMA HİPOTEZİ	30
3.5.	VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNETİMİ.....	30
3.6.	VERİLERİN ANALİZİ.....	31
3.7.	KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KISITLILIKLAR.....	32
3.8.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	32
3.9.	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	32
4.	BULGULAR.....	33
4.1.	PANDEMİ SÜRECİNDE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI	35
4.1.1.	Esnek Mesai Uygulaması.....	35
4.1.2.	Ücret/Ek Ödeme	36
4.1.3.	Durum Raporu ve Ulusal Bilgilendirme	37
4.1.4.	Kısıtlamalar ve Yasaklar	37
4.1.5.	COVID-19 Hasta İzlemi	39
4.1.6.	Raporlar	41
4.1.7.	Covid Testleri	43
4.1.8.	Organizasyon	43
4.2.	PANDEMİ İLE MÜCADELEDE KARŞILAŞILAN PROBLEMLER	44
4.2.1.	Fiziki Yapı	44
4.2.2.	Kişisel Koruyucu Ekipman / Dezenfeksiyon	45
4.2.3.	Gereksiz Başvurular	46
4.2.4.	Ek Ödemeler.....	47
4.2.5.	Duyarsızlık / Bilinçsizlik.....	47
4.2.6.	Değişen Sistem/Uygulamalar.....	48
4.3.	HİZMET VERİMİNDEKİ UYGULAMALAR/YAŞANANLAR	49

4.3.1.	Özel Gün/Saat Uygulaması	49
4.3.2.	İzole Alan	50
4.3.3.	Triyaj Sistemi	51
4.3.4.	Başvurular	52
4.3.5.	İzlem, Aşı ve Tarama	52
4.3.6.	Hastaların Sağlık Hizmeti Alımında Birinci Basamak Israrı	53
4.4.	PANDEMİ DÖNEMİNDE SOSYAL YAŞANTI	54
4.4.1.	Endişe/Korku	54
4.4.2.	Sosyal İlişkiler.....	56
4.4.3.	Damgalanma	57
4.4.4.	Bilirkişilik Hizmeti	58
4.4.5.	Bağımlılık.....	58
4.5.	GENEL SAĞLIK POLİTİKALARINA YÖNELİK TAVSİYELER	58
4.5.1.	Kısıtlamalar/Yasaklar.....	59
4.5.2.	Maddi Konular	60
4.5.3.	Durum Raporu ve Ulusal Bilgilendirme	61
4.5.4.	Covid Testleri.....	62
4.6.	AİLE HEKİMLERİNİN PANDEMİYLE MÜCADELEDEKİ ROLÜNE YÖNELİK TAVSİYELER.....	63
4.6.1.	Birinci Basamağın Temsili.....	63
4.6.2.	Birinci Basamağın Etkili Kullanımı.....	65
4.6.3.	Koordinasyon	65
4.7.	BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİN İŞLEYİŞİNE DAİR TAVSİYELER	66
4.7.1.	Randevu Sistemi	66
4.7.2.	Fiziki Şartlar.....	67
4.7.3.	Test İmkânı.....	68

4.7.4.	Rehber/Algoritma.....	68
4.7.5.	İnisiyatif	69
4.8.	UYGULAMA/İŞLEYİŞ PLANINA DAİR TAVSİYELER.....	69
4.8.1.	Aile Hekimliği Uygulamaları.....	69
4.8.2.	Eğitim.....	70
4.8.3.	Raporlar.....	71
4.8.4.	Kişisel Koruyucu Ekipman	72
4.8.5.	Görev Dağılımı.....	73
4.8.6.	Entegrasyon.....	73
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	75
6.	KAYNAKLAR	81
7.	EKLER.....	89
8.	ÖZGEÇMİŞ	92

KISALTMA VE SİMGELER

AHU: Aile Hekimliği Uygulaması

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

GSS: Genel Sağlık Sigortası

ICTV: International Committee on Taxonomy of Viruses

MBK: Milli Birlik Komitesi

MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome–Related Coronavirus

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

RG: Resmî Gazete

SARS-CoV: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SS: Standart Sapma

STEMI: ST Elevasyonlu Akut Myokard İnfarktüsü

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians)

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Şekil 1. WONCA Ağacı

Şekil 2. Aile Hekimlerinin COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri İlgili Kelime Bulutu

Tablo 1. Aile Hekimlerinin COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri İlgili Temalar ve Kategoriler



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Çalışmamızda; aile hekimleri ile görüşmeler yapılarak, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT: Çalışma 1.10.2020-31.10.2020 tarihleri arasında Sakarya’da görev yapan 40 aile hekimi ile niteliksel yöntem kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada veriler; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin ve pandemi sürecinde yaşanan sorunlar ile bu sorunların çözüm önerilerinin sorgulandığı yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Derinlemesine görüşme tekniğiyle elde edilen veriler temalar ve kategoriler altında gruplandırılmıştır. Gruplandırılan veriler kodlanarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Katılan 40 kişinin 23’ü erkek, 17’si kadındır. Yaş ortalaması ise $41,15 \pm 8,28$ standart sapma (SS) yıldır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin hekimlik görev süresi ortalaması $16,38 \pm 8,22$ (SS) yıl iken, aile hekimliği görevinde bulunma süresi ortalaması $8,28 \pm 3,04$ (SS) yıldır. Katılımcıların COVID-19 pandemisinde görev yaparken yaşadıkları sorunlara dair belirttikleri arasında; fiziki şartlarının uygun olmaması, koruyucu ekipman eksikliği, gereksiz başvurular, ek ödemeler, hastaların bilinçsizliği, belirsiz rol dağılımı ve pandemiyle değişen sisteme uyum sorunu öne çıkmaktadır. Katılımcılara, pandemide aile hekimlerinin rolü ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişine yönelik tavsiyeleri sorulduğunda fiziki şartların iyileştirilmesi, randevu sistemi ve raporlarla ilgili düzenlemeler, görev dağılımında değişiklikler, diğer sağlık kuruluşlarıyla iş birliği ve iletişimin sağlanması yönündeki fikirlerini aktarmışlardır. Pandemi sürecinde birinci basamak için daha kapsamlı rehber ve algoritmaların oluşturulması, görev tanımlarının belirlenmesi ve aile hekimlerine yönelik eğitimlerin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Salgın yönetiminde aile hekimlerinin deneyimlerine ve fikirlerine yer verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

SONUÇ: Halkın risklerden korunması ve salgınların yönetilebilmesi için güçlü ve etkili bir birinci basamak sağlık hizmetine ihtiyaç vardır. Daha kaliteli ve verimli bir hizmet sunumuyla gelecekteki salgınlara hazırlıklı olmak için aile hekimlerinin pandemideki deneyimlerinin ve karşılaştıkları sorunların incelenmesi ve tavsiyelerinden faydalanılması gerektiğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Aile hekimliği; Birinci basamak sağlık hizmeti; COVID-19; Pandemi; Niteliksel araştırma



SUMMARY

Problems Experienced by Primary Care Physicians During COVID-19 Pandemic and Solution Proposals: A Qualitative Research

INTRODUCTION AND AIM: In our study; interviews with primary care physicians were aimed to evaluate the problems faced by primary care physicians providing primary health care during the COVID-19 pandemic process and the solution proposals for these problems.

MATERIALS AND METHODS: The study was conducted using the qualitative method with 40 primary care physicians working in Sakarya Province between 1.10.2020-31.10.2020. The data in the study were collected using a semi-structured interview form that included questions on socio-demographic characteristics and problems experienced during the pandemic process and solutions to these problems. The data obtained through the in-depth interview technique are grouped under themes and categories. The grouped data were analyzed by coding.

RESULTS: Of the 40 participants, 23 were men and 17 were women. The mean age was 41.15 ± 8.28 standard deviations (SD) years. The mean length of the participants' practice time was 16.38 ± 8.22 (SD) years and the mean length of the participants' primary care medicine practice was 8.28 ± 3.04 (SD) years. Among the participants' stated about the problems they experienced while working in the COVID-19 pandemic; the problem of adaptation to the changing system comes to the fore due to the lack of appropriate physical conditions, lack of protective equipment, unnecessary applications, additional payments, unconsciousness of the patients, uncertain role distribution and the pandemic. When the participants were asked for their advice on the role of primary care physicians in the pandemic and the functioning of primary health care, they conveyed their opinions on improving physical conditions, arrangements regarding appointment system and reports, changes in task distribution, cooperation and communication with other health institutions. They stated that during the pandemic process, more comprehensive guidelines and algorithms should be created for primary healthcare, job descriptions should be determined and training should be provided for primary care physicians.

They emphasized that the experiences and ideas of primary care physicians should be included in the management of the pandemic.

CONCLUSIONS: A strong and effective primary healthcare service is needed to protect the public from risks and to manage pandemics. In order to be prepared for future pandemics with a better quality and efficient service, we think that primary care physicians' experiences in the pandemic and the problems they face should be examined and their advice should be used.

KEY WORDS: Family medicine; Primary healthcare; COVID-19; Pandemia; Qualitative research



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi'ne 31 Aralık 2019'da, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde tespit edilen etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakaları hakkında bilgi verilmiştir. 3 Ocak 2020'de Çin'deki ulusal sağlık makamları tarafından DSÖ'ye toplam 44 nedeni bilinmeyen pnömoni vakası bildirilmiştir. Çinli yetkililer 7 Ocak 2020'de etkeni, daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlamıştır.

DSÖ, yeni koronavirüs salgınına 30 Ocak 2020'de "Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan etmiştir. 11 Şubat 2020'de, Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi (ICTV) yeni koronavirüse 'SARS-CoV-2' adını vermiştir. DSÖ tarafından SARS-CoV-2'nin neden olduğu hastalık "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)" olarak isimlendirilmiştir. 11 Mart 2020'de DSÖ, virüsün yayılımı ve şiddetinin endişe verici boyutlara ulaşması nedeniyle küresel COVID-19 salgınına resmen bir pandemi olarak nitelendirmiştir.

DSÖ'nün pandemi ilanından bu yana dünya çapında ve ülkemizde hastalık yayılmaya devam etmektedir. 26 Aralık 2020 itibarıyla dünya genelinde DSÖ'ye bildirilen 78 604 532 vaka, 1 744 235 ölüm raporlanmıştır. Onaylanmış COVID-19 vaka sayılarını ve ölümleri gösteren etkileşimli küresel harita <https://covid19.who.int/> adresinde güncel olarak yayınlanmaktadır. (Erişim tarihi: 26.12.2020)

Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak 2020'de başlamış ve 22 Ocak 2020'de T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelere sonra 11 Mart 2020'de görülmüştür. İlk vakanın tespit edilmesinden bu yana geçen süreçte salgın ile ilgili temel strateji, halk sağlığı önlemleri ile vaka görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçmek olmuştur

(<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemioloji-ve-tani.html>, Erişim Tarihi:16.12.2020).

Bu dönemde sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğun en aza indirilmesi ve sağlık personeli üzerindeki yükün azaltılması için acil bir durumu olmayan hastaların öncelikle aile hekimliklerinden hizmet alması teşvik edilmiştir (<https://hasta.saglik.gov.tr/Eklenti/36865/0/elektif-islemlerin-ertelenmesi-ve-diger-tedbirlerpdf.pdf>, Erişim tarihi: 08.11.2020).

Pandemi sırasında hastaneler ve sağlık sistemleri çok büyük bir baskı altındayken, bunu kontrol altına almak ve hafifletmek için acil önlemlerin tabandan başlaması gerektiğini akılda tutmak önemlidir. Alınan nlemler, vakaları erken tespit edip izole etmeyi, hastane düzeyinde triyaj yükünü azaltmayı, iletişim ve eğitim engellerini aşmayı ve aynı zamanda hastaları ve sağlık çalışanlarını korumayı amaçlamaktadır (Lim et al, 2020).

Ocak 2020’de acil durumlara hazır olma ve gereken yanıtı verme noktasında Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA, World Organization of National Collages, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians) Başkanı Dr. Donald Li tarafından aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Aile hekimleri salgınla olan mücadelede hastalarla ilk temas edecek kişilerdir. Her zaman cephenin en ön saflarında yerlerini alırlar. Oluşacak zararların sonuçları açısından da yönetici konumundadırlar. Aile hekimlerini “ilk giriş, son çıkış” noktası olarak gören bir anlayışla, profesyonel ve sorumluluk sahibi aile hekimlerinin salgında merkezi rol oynadığı kabul edilmelidir. Bireylerin risklerden korunması ve acil durumların yönetilebilmesi için güçlü ve etkili bir sağlık hizmeti sunumunun hayati önem taşıdığını belirten Dr. Li, hastaneyi sağlık sisteminin merkezi kabul eden geleneksel kavramdan uzaklaşılması ve birinci basamak fonksiyonlarının daha fazla vurgulanması gerektiğini ifade etmiştir. Bu amaçla aile hekimlerinin ve birinci basamakta çalışan diğer sağlık çalışanlarının, acil sağlık konularında stratejilerinin belirlenmesinde, analiz etme, karar verme, faaliyete geçme konularında katılımının sağlanması ve eğitimi önemlidir (Donald Li on the Coronavirus: first in, last out.

[https://www.globalfamilydoctor.com/News/DonaldLioz Corona viruschi .aspx](https://www.globalfamilydoctor.com/News/DonaldLioz_Corona_viruschi_.aspx),
Erişim tarihi:08.11.2020).

Birinci basamağın çağdaş uygulama şekli olarak kabul gören aile hekimliği, tıbbın hem duygusal hem de bilimsel yönüyle günlük olarak ilgilenmenin yanı sıra pandemiyle mücadelede merkezi bir rol oynamaktadır (de Sutter et al, 2020). Aile hekimleri, potansiyel COVID-19 hastalarını hemen tanıyıp erken teşhis ve tedavi için yönlendirirken, hasta eğitimi ve hastaları hastalık riskiyle karşı karşıya bırakmayan yenilikçi sağlık hizmeti sunumuyla pandemiye azaltmaya da yardımcı olurlar (Oseni et al, 2020).

Kunin ve ark. (2015) 2009 H1N1 pandemisindeki deneyimlere yer verdiği nitel bir çalışmayla pandemiye yanıtta birinci basamak sağlık hizmetinin merkeziliğini vurgulamıştır. Ebola salgınında birinci basamak sağlık hizmetinin yaklaşımının ele alındığı bir çalışmada, salgın krizine yanıt vermede güçlü ve iyi organize edilmiş birinci basamak sağlık hizmetinin değeri vurgulanmıştır (Scott et al, 2016).

Birinci basamak sağlık çalışanları salgınlar sırasında; yüksek enfeksiyon riski, yetersiz kişisel koruyucu ekipman, ağır iş yükü ve insan gücü eksikliği, kafa karışıklığı, ayrımcılık, izolasyon, tükenmişlik, olumsuz duyguları olan hastalar, ailelerinden ayrılma ve hastalığı bulaştırma korkusu gibi çeşitli faktörler nedeniyle büyük bir baskı ile karşı karşıyadır. Yöneticilerin birinci basamak sağlık çalışanlarının deneyimlerini anlaması, hedeflenen müdahale stratejileri geliştirmesi ve psikolojik kriz önleme için uzun vadeli mekanizmalar oluşturması, sadece sağlık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel sağlığını korumak için değil, aynı zamanda hastaları daha iyi korumak ve pandeminin yayılmasını kontrol etmek için de gereklidir. Dahası, sağlık çalışanlarının deneyimleri, pandeminin farklı aşamalarında büyük ölçüde değişebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının refahını korumak için sürekli ve kapsamlı bir desteğin sağlanması gereklidir (Xiong and Peng, 2020).

Bu çalışmanın amacı, aile hekimleriyle yapılacak görüşmelerle COVID-19 pandemisi sürecinde aile hekimlerinin mevcut çalışma koşullarında yaşadığı sorunlara ışık tutmak, aile sağlığı merkezlerinde daha verimli hizmet sunulabilmesi

adına yapılabilecekleri ve katılımcıların bu doğrultuda olan beklentilerini dile getirmek, çalışma koşullarının iyileştirilmesi için çözüm önerileri sunmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI

Türkiye Cumhuriyeti 5258 sayılı Aile hekimliği kanununa göre; aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmi gazete, 2004, Sayı:25665).

WONCA 2002 yılında yaptığı tanıma göre Aile Hekimleri; Aile Hekimliği disiplini ve ilkelerine göre eğitilmiş ve kendi sağlık sistemleri içinde genel tıp uygulayarak hizmet veren hekimlerdir. Sorumlulukları; yaş, cinsiyet ve hastalık gözetmeksizin sağlık hizmetine gereksinim duyan herkese sağlık hizmetini kapsamlı bir şekilde sunmaktır. Aile hekimleri; sağlık düzeyini geliştirerek, kişilerin gereksinimleri ve toplumun kaynakları doğrultusunda doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, bakım veya destek hizmetleri sağlayan hekimlerdir (WONCA Europe, 2002, The European Definition of General Practice/Family Medicine).

Hollanda Leuwenhorst'te 1974 yılında yapılan 2. Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda da aile hekiminin evrensel tanımı yapılmış ve kabul edilmiştir. Bu tanıma göre aile hekimi "Yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve birinci basamak sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktorudur". Amacı erken tanı koymaktır. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine danışılan tüm sağlık problemleri için ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da son dönem hastalığı olanların devamlı tedavi görevini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Medikal ve medikal olmayan diğer branşlarla koordinasyon içinde çalışır (Aktürk ve Set 2010).

2.2. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

DSÖ; aile hekimliğinin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır (Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları-4 2011):

1. Genel: Yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ya da din ve herhangi bir sağlık problemi ayrımı yapmadan; coğrafi, kültürel, yönetsel ya da maddi engellerle kısıtlanmadan erişimi kolay olan tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenme.
2. Süreklilik: Tek bir hastalık dönemi ile sınırlanmamış, uzunca bir yaşam dönemi süresince, boylamsal ve kişi merkezli sağlık hizmeti sunma.
3. Kapsayıcı: Hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan; sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici ve destekleyici sağlık hizmeti sunma.
4. Koordineli: İlk temas noktasındaki hasta bakımını yönetmek, var olan hizmetler konusunda hastayı bilgilendirmek ve gereği halinde uzman hizmetlerine sevk ederek sağlık bakımını koordine etme ve yönetme.
5. İşbirlikçi: Multidisipliner ekiplerde çalışma, liderlik yapma ve uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine dağıtma.
6. Aile yönelimli: Her bir sorunu; aile çevresi, sosyal ve kültürel çevre ağı, iş ve ev koşullarına bağlı ifade etme.
7. Toplum yönelimli: Her bir sorunu; toplumun sağlık gereksinimleri, diğer çalışanlar ve kuruluşlarla birlikte ele alma.

İsviçre Birinci Basamak Koleji tarafında oluşturulan, aile hekimliğinin temel özelliklerinin ve çekirdek yeterliklerinin tanımlandığı WONCA ağacı Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. WONCA Ağacı

(2004/2011 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch
<http://www.woncaeurope.org/> Çeviri: Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK)

2.3. AİLE HEKİMİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (T.C Resmi Gazete, 25.01.2013 Sayı: 28539):

- 1) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.
- 2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgede bulunan toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- 3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- 4) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

- 7) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak.
- 8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 9) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- 10) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- 11) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- 12) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- 13) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- 14) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- 15) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- 16) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.
- 17) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

2.4. AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI

Avrupa Birliği tarafından, 1995 yılında Avrupa Topluluğu ve üye ülkelerinde birinci basamak hizmeti veren hekimlerin tıp eğitimlerinin ardından en az iki yıl eğitim görmeleri gerektiğini bildiren karar alınmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu 2002). Bugün, Avrupa'nın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az iki yıllık uzmanlık eğitimi almış, Aile Hekimi ya da Genel Pratisyen olarak isimlendirilen hekimler tarafından yürütülmektedir (Görpelioglu 2002). Verilen uzmanlık

eğitiminin süresi ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, iki yıl ile altı buçuk yıl arasında değişmektedir (Elçin 1998).

Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı, ilk kez 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitime başlanmıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş, ancak aktif olarak çalışmaya başlayamamıştır. 1993 yılında, Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulunmuştur. Bu kararın ardından 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve asistan eğitimine başlamıştır. 1994 yılında Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir aile hekimliği akademik kadrosuna ilk kez bir aile hekimliği uzmanı görevlendirilmiştir. 1996’da Türkiye’de iki aile hekimliği uzmanına aynı sınavda ilk kez aile hekimliği dalında doçentlik ünvanı verilmiştir (Ünlüoğlu ve Çağlayaner 1997, Paycı ve Ünlüoğlu 2002, Ungan ve Ceyhun 2006).

Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi 1985 yılından bu yana Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süreli olarak verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmakta iken, bu karar ile birlikte rotasyon süreleri kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplininin ilke ve esaslarına uygun özgün öğretilerine 18 aylık süre ayrılmıştır (TUKMOS, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 2017).

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 1219 Sayılı Kanun Geçici Madde 9’da belirtildiği üzere; 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta iken, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmadan, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde alınan uzmanlık eğitimidir. Bu eğitimin, uzaktan ve/veya kısmî zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle alınabileceği, en az altı yılda tamamlanması gerektiği belirtilmiştir. Eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesinin de devam edeceği eklenmiştir (Yiğitbaşoğlu 2015).

Çeşitli kaynaklarda değişiklik göstermek ile birlikte yaklaşık 4000 aile hekimliği uzmanı aile sağlığı merkezlerinde çalışmaktadır (Ungan 2019).

2.5. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

Cumhuriyetin ilan edilmesinden itibaren bugünkü sağlık teşkilatlandırmasının ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağı genişletilmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerine hız kazandırılmıştır. Cumhuriyetin ilanı sonrası Dr. Refik Saydam ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılara imza atmıştır. Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930)’nda yer alan sağlık politikaları; sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin arttırılmasına yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı” / “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür.

224 sayılı Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’nun 1961 yılında kabul edilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin; halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri açılarak sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma gerçekleştirilmiştir. Sosyalleştirme kanununun hazırlayıcısı ve öncüsü olan Nusret Fişek, esasen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanacağı üzerinde önemle durmuş ve tüm hizmetlerin devlet tarafından ücretsiz olarak sunulmasının da mümkün olmayacağını belirtmiştir. Nusret Fişek, sağlık için özel olarak kullanılmak üzere pul ve tuz üzerinden ayrıca bir vergi alınması önerisini taslağına eklemiştir. Milli Birlik Komitesi’nde (MBK) bu karar uygun bulunmadığı için 224 sayılı kanun, MBK tarafından revize edilerek yayınlanmıştır (Aksakoğlu 2008a).

Sağlık reformlarının değerlendirildiği süreçte birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir. 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında çıkarılan ‘Yeşil Kart’ uygulaması; sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü olmayan, dar gelirli gruplar

için kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti sunumunu sağlamıştır. Sağlıkta reform çalışmaları genel olarak; sosyal güvenlik kurumunun tek şemsiye altında toplanması, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması, sağlık hizmet sunumu ile finansman fonksiyonlarının birbirinden ayrılması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması yolu ile denetim ve planlama görevlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastanelere özerklik tanınması ve Aile Hekimliğinin kapsamının geliştirilmesi gibi temel konuları içermektedir (Sülkü 2011). Sağlık alanında yapılması planlanan bu reformların; 2002 yılında açıklanan ‘Acil Eylem Planı’ içerisinde ‘Herkesin Sağlık’ başlığı altında temel prensipleri belirlenmiş ve uygulama için bir takvim oluşturulmuştur. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’ni uygulamaya koymuştur (Çavmak ve Çavmak 2017).

SDP; temel sağlık hizmetlerinin var olan kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya ulaştırmayı hedeflemektedir. SDP’nin en belirgin özelliği bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilmesi, bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıklara ait risk faktörleriyle mücadele etmek, bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme becerilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlık sisteminin merkezine koymaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-ailehekimli%C4%9Fi.html>, Erişim tarihi: 02.07.2020).

SDP’nin temelini oluşturan Aile Hekimliği Uygulaması (AHU) ile, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, ülke kaynaklarını uygun şekilde kullanarak daha fazla hizmetin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi doğrultusunda toplumun sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının gerek kırsal gerek kentsel bölgelerde, gerekse doğu ve batı bölgeleri arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmaktadır. Bu amaçlara erişebilmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla düzenlenip yaygınlaştırılması ve toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması gerekmektedir. Bu yaklaşımın ana bileşenlerinin başında herkesin kendi seçebileceği, kolayca ulaşabileceği, herhangi bir engelle karşılaşmadan

danışabileceği ve başvurabileceği bir aile hekiminin olması vardır. (<http://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR34674/turkiyede-aile-hekimligi.html>, Erişim tarihi: 02.07.2020).

Çağdaş aile hekimliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunulması amaçlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, görev yapan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, bireylerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve sevk sisteminin uygulanması ana ilkeler arasındadır. Bu ilkeler ikinci ve üçüncü basamakta yoğunluğu engelleyecek, bu basamaklarda tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince vakit ayrılmasını sağlayacaktır. Buna ek olarak ülkemizde gittikçe artan yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimlerinin, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri aracılığıyla daha etkili olarak karşılanabilmesi amaçlanmaktadır (<http://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, Erişim tarihi: 02.07.2020).

Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmıştır. Günümüzde 81 ilimizde birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir (<http://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, Erişim tarihi: 02.07.2020).

Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerde Aile Hekimliği Uygulamasına’ya geçilmiştir (<http://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>, Erişim tarihi: 02.07.2020).

2.5.1. Aile Sağlığı Merkezinin Oluşturulması

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Beşinci Bölüm Madde 25'te yer alan şu maddeler ile Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nin oluşturulma şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile hekimleri, bu Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, öncelikle Bakanlık, Kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya müdürlükçe bu amaçla kiralanın binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.
- Merkezin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.
- Aile hekimi birden fazla yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise aile sağlığı merkezi müdürlükçe uygun görülen merkezi konumdaki yerde kurulur. Bu yerin seğiminde ve gezici sağlık hizmeti verilecek yerleşim yerlerinin tespitinde ulaşım zorluğu, güzergâh, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özellikler göz önünde bulundurulur.
- (Değişik: RG-16/5/2017-30068) Aile sağlığı merkezlerinin adres değişiklikleri, çalışma bölgesi içinde olmak kaydı ile bu maddedeki hususlara bağlı kalınarak, aile hekimlerinin görüşü alınarak müdürlüğün ve valiliğin teklifi ile Kurumun onayına sunulur.
- Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve kurumun onayı ile bir veya daha fazla aile sağlığı merkezi eğitim, araştırma ve hizmet amacıyla kullanılabilir.
- Eczane bulunan binalarda aile sağlığı merkezi açılmaz.
- Aile sağlığı merkezlerine Kurum tarafından belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Beşinci Bölüm Madde 22'de yer alan şu maddeler ile ASM'nin açılma şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile sağlığı merkezi, Kurum tarafından 6ng6r6len n6fus kriterleri esas alınmak suretiyle s6zleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir.
- Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı s6zleşme yapılır.
- Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile g6venlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferdan veya m6ştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.
- Aile sağlığı merkezinde her 6 aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) m6d6rl6k tarafından g6revlendirilebilir. Bu şekilde g6revlendirilecek personelin çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.
- Eğitim aile sağlığı merkezleri ve Kurum tarafından uygun g6r6len aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir.

2.5.2. Aile Sağlığı Merkezinin Asgari Fiziki şartları ve Asgari Teknik Donanımı

Aile Hekimliği Uygulama Y6netmeliği'nin Beşinci B6l6m Madde 23'te yer alan şu maddeler ile ASM'nin asgari fiziki şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Binanın kolay ulaşılabilir, g6venli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanının tek aile hekimi için 60 metrekare olması gerekir. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat g6sterilir.
- Bekleme ve danışma b6l6m6 bulunur. Bir hekim için bekleme alanında en az 5, daha sonraki her hekim için ilaveten en az 3'er adet olmak 6zere yeterli sayıda bekleme koltuğu bulundurulur. Bekleme koltuğunun kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olması; ahşap, PVC veya metal malzemelerden yapılmışsa oturlan ve yaslanılan alanların bir d6şeme malzemesi ile kaplanmış olması gerekir. Bekleme alanında Kurumca g6nderilen g6ncel afiş ve broş6rler d6zenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olarak bulundurulur. Hasta ve hasta yakınlarının dilek ve 6nerilerini

kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak dilek ve öneri kutuları (Ek ibare: RG-11/3/2015-29292) ile hijyeni sağlamaya yönelik el antiseptiği bulundurulur.

- Muayene odasının, her aile hekimi için en az 10 metrekare olması gerekir. Muayene odasında lavabo bulunur.
- Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte, lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.
- Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunur.
- Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, bütün aile hekimliği birimlerince de kullanılabilir mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme alanı veya odası bulunur.
- Hastaların kullanabileceği tercihen kadın-erkek için ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, müstakil tuvalet ve lavaboların olması gerekir. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp sepeti bulundurulur. Tuvaletlerde acil çağrı butonu bulundurulur.
- Tercihen binanın giriş katında kururlar. Engelli ve yaşlı vatandaşların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.
- Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 18-27 0C arasında tutulur, muayene odasının iç ortam sıcaklığı için alt sınırın 20 0C olması gerekir. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.
- Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. Dış cephe boyası ve tamirata iliğli gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir.
- Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplamasının kolay temizlenebilir nitelikte olması gerekir.
- Kullanım ömrünü tamamlamış veya ihtiyaç fazlası olan malzemeler aile sağlığı merkezi içinde bulundurulamaz.
- Bakanlığa tahsisli bulunan ve Kurum tarafından aile hekimlerine kiralanmış müstakil bina olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin ilk çevre düzenlemesi

müdürlük tarafından yapılır. Daha sonraki bakımları aile hekimleri tarafından devam ettirilir.

- Muayene odası dışında birinci fıkrada sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

2.5.3. Aile Hekimliğinde Performans ve Kalite Standartları

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Üçüncü Bölüm Madde 13 ve Madde 14'de yer alan şu maddeler ile performans değerlendirilmesi ve hizmet kalite standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi şartları belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

A. Performans Değerlendirilmesi (Madde 13)

1. Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.
2. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.

B. Hizmet Kalite Standartlarının Oluşturulması ve Geliştirilmesi (Madde 14)

3. Aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar hizmet kalite standartlarını oluşturur.
4. Hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için aile hekimi ve aile sağlığı elemanı; Kurumca belirlenen birinci ve ikinci aşama eğitimleri ile aile hekimliğine yönelik diğer eğitimlerin en az %80 ine devam etmekle yükümlüdür.

2.5.4. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin İkinci Bölüm Madde 6'da yer alan şu maddeler gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin esaslar belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, ocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı ocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Kurumca onaylanır. Gezici sağlık hizmet bölgesi veya yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak onaylanan yerlerle ilgili yapılmak istenen değişiklikler 6 aylık dönemler halinde ilgili aile hekimlerinin de görüşleri alınmak suretiyle müdürlükçe belirlenerek Kurumun onayına sunulur. Aile hekimi tarafından talep edilen gezici veya yerinde sağlık hizmet bölgesi değişiklikleri ise müdürlükçe uygun bulunması durumunda, 6 aylık dönem kısıtlamasına tabi olmaksızın Kurum onayına sunulur. Kurum onayına sunulan değişiklik tekliflerine ilişkin karar Kurum tarafından en geç 1 ay içerisinde alınır.
- Cezaevi, ocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı ocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imknının bulunmadığı toplu olarak yaşanılan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari Şartları sağlamakla yükümlüdür. Bu yerlerde her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve ocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır
- Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafı durum, iklim ve ulaşım Şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geçen sreler hariç olmak üzere her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en

az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.

- Gezici sağlık hizmeti planlaması yapılırken, istatistikî olarak aile hekimliği birimine müracaat eden hasta yoğunluğunun en az olduğu günler için planlama yapılır. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu plan sözleşme döneminin sonuna kadar her ay uygulanır. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimi her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. Aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti süresinden sayılmaz.

2.5.5. Aile Hekimliğinde Bağışıklama Hizmetleri

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin İkinci Bölüm Madde 7'de yer alan şu maddeler ile bağışıklama hizmetlerine ilişkin esaslar aşağıda belirtildiği gibi belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılarda, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşılarda için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği

biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.

2.5.6. Aile Hekimliğinde Sevk Evrakı, Reçete Düzenlenmesi ve Aile Hekiminin Bilgilendirilmesi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Altıncı Bölüm Madde 6'da yer alan şu maddeler ile aile hekimliğinde sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve aile hekiminin bilgilendirilmesine ilişkin esaslar belirlenmiştir (24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu):

- Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.
- Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir.
- Gebe ve bebek tespiti ile takipleri, aşı uygulaması, doğum ve bildirim zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili aile hekimine iletmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir. Bu bildirim yapmayanlar hakkında yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilir.
- Birinci basamakta resmî reçete yazılması ve kişilerin sağlık durumuyla ilgili rapor tanziminde aile hekimi yetkilidir. Ancak olağanüstü durumlar, acil durumlar ile toplum sağlığını tehdit eden ve koruyucu amaçlı ilaç kullanımını (kemoproflaksi) gerektiren bulaşıcı ve salgın hastalık hallerinde özel durum belirtilmek suretiyle toplum sağlığı merkezi hekimleri de resmî reçete düzenleyebilirler. Bu durumda ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.
- Ölüm belgesi, 19/01/2010 tarihli ve 27467 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmeliğe göre düzenlenerek ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

- Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.

Hasta sevk evrakı, reçete, rapor, bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili formlar ve diğer kullanılacak belge örnekleri Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimince düzenlenen bu belgeler kişinin yazılı veya elektronik dosyasına kaydedilir.

2.6. BULAŞICI HASTALIKLAR VE PANDEMİ KAVRAMI

Bulaşıcı hastalıklar, mikroorganizmaların ya da onların toksik ürünlerinin doğrudan ya da dolaylı yollardan duyarlı kişilere geçmesiyle oluşur. Enfeksiyon etkeni, sağlam kişilere direkt olarak kaynaktan bulaşabildiği gibi vektörlerle mekanik ve biyolojik olarak taşınarak, havayla ya da eşya gibi araçlarla da bulaşabilmektedir. Salgınlar, insanlık tarihinin başından beri insanları etkisi altına alarak toplumsal sağlık sorunlarına yol açan önemli bir tehdit unsuru olmuştur. (Aksakoğlu 2008a)

Pandemi, "dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın" olarak tanımlanır (Last 2001).

Pandemiler, bilimin ve teknolojinin ilerlediği, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerin, aşılarda oldukça geliştiği günümüz dünyasında da, ülkelerce oluşturulan pandemi hazırlıklarına rağmen en önemli halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. (Aksakoğlu 2008b).

2.6.1. Tarihteki Küresel Pandemiler

2.6.1.1. Veba pandemisi

Veba, genellikle küçük memelilerde ve pirelerinde bulunan *Yersinia pestis* bakterisinin neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Veba, 3-7 günlük bir kuluçka döneminden sonra influenza benzeri semptomlar geliştirir. Üç ana formu vardır. Hıyarcıklı veba en yaygın olanıdır. Septisemik veba, enfeksiyon kan dolaşımına yayıldığında ortaya çıkar. Pnömonik veba, vebanın en öldürücü ve en az görülen

şeklidir. Aerosol haline getirilmiş enfektif damlacıklar oluşturabilir ve vebayı diğer insanlara bulaştırabilir. Özellikle septisemik ve pnömonik formlarında, tedavi edilmezse %30-%100 vaka ölüm oranıyla, insanlarda çok ciddi bir hastalık olabilir (https://www.who.int/health-topics/plague#tab=tab_1, Erişim tarihi: 03.12.2020).

Vebanın, dünya tarihinde üç büyük salgına yol açtığı bilinmektedir. Birincisi Jüstinyen vebası, MS 6. yüzyılda Akdeniz'e yayılmış, ikincisi Kara Ölüm, 14. yüzyılda Avrupa'da başlamış ve 300 yıldan fazla bir süre aralıklarla tekrarlamış ve üçüncüsü 19. yüzyılın sonlarında Çin'de başlayarak Çin ve Hindistan'da milyonlarca insanın ölümüne yol açmıştır (Stenseth et al, 2008). 14. yüzyılda, hıyarcıklı veba veya Kara Ölüm Avrupa'nın üçte birinden fazlasının yaklaşık 25 milyon insanın ölümüyle sonuçlanmıştır (Glatter and Finkelman, 2020).

2.6.1.2.Kolera pandemisi

Kolera, *Vibrio cholerae* bakterisi ile kontamine olmuş yiyeceklerden veya sudan geçen şiddetli akut sulu ishalle birlikte şiddetli dehidratasyona neden olabilen son derece ciddi bir hastalıktır. Bir kişinin kontamine gıda veya su tükettikten sonra semptom göstermesi 12 saat ile 5 gün arasında sürer. Kolera hem çocukları hem de yetişkinleri etkiler ve tedavi edilmezse saatler içinde öldürebilir (https://www.who.int/health-topics/cholera#tab=tab_1, Erişim tarihi: 03.12.2020).

Asya'da, Hindistan ve Bangladeş'in birçok bölgesi kolera için endemiktir ve hastalık mevsimsel olarak nüksetmektedir. Kolera pandemisi 19. ve 20. yüzyıllarda Asya'nın dışına yedi kez yayılmıştır. İlk salgın 1817'de ve ardından 1829, 1852, 1863, 1881, 1889 ve 1961 yıllarında başlamış ve sonuncusu günümüze kadar devam etmiştir (Deen et al, 2020)

2.6.1.3.İnfluenza pandemileri

İspanyol gribi pandemisi (1918)

İnfluenza A (H1N1) alt tipi olan ve kuş kökenli bir virüs olduğu öne sürülen İspanyol Pandemisi 1918 yılında ortaya çıkmıştır (Taubenberger et al, 2005; Werf et al 2010). Hastalığın seyrinde çarpıcı derecede yoğun bir siyanoz, hipoksi, azalmış bilinç ve

akut progresif pulmoner ödem gibi gripten beklenmeyecek kadar şiddetli semptomlar ve komplikasyonlar görülmüştür (Friedlander et al, 1918).

"Tüm pandemilerin annesi" olarak da adlandırılan 1918 virüsü, dünya nüfusunun yaklaşık üçte birine bulaşmış ve bir yıl içinde en az 50 milyon insanın ölümünden sorumlu olmuş ve art arda üç dalgada ortaya çıkmıştır (Taubenberger and Morens 2006).

1918 salgınının benzersiz bir özelliği, genç yetişkinlerdeki beklenmedik ölüm sayıları olmuştur. Tipik olarak, mevsimsel grip salgınları, ölümlerin çoğu çok genç ve çok yaşlılarda meydana gelen, U şeklinde bir ölüm eğrisi ile karakterize edilmiştir. Ancak 1918'de ölüm eğrisi W şeklindeydi ve genç yetişkinlerde çok sayıda ölüm meydana gelmiştir (Shanks 2015). 1918 salgını sırasında 15-34 yaşındakiler için influenza pnömonisi ölüm oranları, önceki yıllara göre 20 kat daha yüksek ve influenzaya bağlı aşırı ölümlerin %99'u 65 yaşın altındaki bireylerde meydana gelmiştir (Taubenberger et al. 2006).

Asya gribi pandemisi (1957)

Pandemik influenza A / H2N2 virüs aktivitesinin ilk yerel salgınları, Şubat-Mart 1957'de Çin kıtasında bildirildi ve ortaya çıkan virüs, birkaç hafta içinde Hong Kong'a ve Asya'nın diğer bölgelerine hızla ulaşmıştır (Dunn 1957). Dünya çapında atfedilen tahmini mortalite 1-4 milyon arasındadır. 1918'deki gözlemlerin aksine, bu hastaların çoğunda altta yatan kronik kalp veya akciğer hastalığı bulunmuştur. Bu süreçte Influenza A vakalarına yönelik aşı geliştirilmiş ve aşıya karşı cevap gözlemlenebilmiştir. Hastalığın klinik tablosu komplikasyona neden olmayan 3 günde iyileşen vakalardan ölümcül pnömoniye kadar farklı seyirler gösterebilmektedir. H2N2 virüsünün neden olduğu hastalığın 1968'e kadar dünyada var olmasının ardından Hong Kong' da H3N2 virüsü alt tür olarak ortaya çıkmıştır (Kilbourne 2006).

Hong Kong gribi pandemisi (1968)

1968 Hong Kong gribi, influenza A alt tipi H3N2 olarak bilinen bir virüsün ortaya çıkmasıyla başlamıştır. 1968 Temmuz ayında Çin'de başlamış ve 1969-70 yılına

kadar sürmüştür. Tahminen bir milyon ile dört milyon arasında ölümlerle sonuçlanmıştır. 1968 grip salgını dünya çapında nispeten az sayıda ölümlerle ilişkilendirilmesine rağmen, virüs oldukça bulaşıcıdır ve hızlı bir şekilde küresel olarak yayılmıştır (Rogers 2020). 1969 yılında Eickhoff ve Meiklejohn tarafından yapılan çalışmada hava kuvvetleri öğrencileri H2N2 adjuvan aşısı ile aşılanmış, bunun sonucunda %54 oranında H3N2 virüsünün neden olduğu enfeksiyonlar azalmıştır.

Domuz gribi pandemisi (2009)

H1N1 türünün 2009'da ortaya çıkan domuz kaynaklı suşu, üçlü yeniden sınıflandırmaya tabi tutulmuştur ve kuş, domuz ve insan virüslerinden genler içermektedir (Sebastian et al, 2009). İlk olarak Mart 2009'da Meksika'da görülmüş, aynı yıl nisan ayında ABD'de Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC) tarafından H1N1 virüsün etken olduğu grip vakaları bildirilmiştir (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm58d0430a2.htm>, Erişim tarihi: 05.12.2020).

Pandemi sırasında çocuklar, genç yetişkinler ve hamile kadınlar arasındaki ölüm oranı tipik bir grip mevsimindekinden çok daha yüksektir ve dünyanın farklı bölgeleri arasında ciddiyette önemli farklılıklar olmuştur (Simonsen et al, 2013).

Laboratuvar onaylı ölümler, rutin laboratuvar testlerinin olmaması ve bakteriyel süperenfeksiyonlar veya kronik hastalıkların alevlenmesi ile tetiklenen influenzaya bağlı ölümlerin tanımlanmasındaki zorluklar nedeniyle, influenzaya bağlı ölümleri olduğundan düşük göstermektedir (Shrestha et al, 2011).

Yayınlanan bir çalışmada, 2009 H1N1 influenza pandemisinde kaç kişinin öldüğüne dair ilk küresel tahminleri sağlamıştır. Virüsün yayıldığı ilk yılda 2009 H1N1 virüs enfeksiyonundan dünya çapında hayatını kaybeden 151 700 ile 575 400 kişiden tahmini bir ölüm aralığı ile sonuçlanan gelişmiş bir modelleme yaklaşımı kullanmıştır (Dawood et al, 2012).

2.6.1.4.SARS ve MERS pandemileri

DSÖ'ne bildirilen verilere göre SARS-CoV, 2002 yılında Çin'de ortaya çıkarak binlerce kişiyi etkilemiş, yüzlerce insanın ölümüyle sonuçlanmıştır. 2012'de insan ya da hayvanlarda daha önce saptanmamış olan MERS-CoV, ilk kez 2012 Eylül ayında Suudi Arabistan'da ortaya çıkmıştır (Zaki 2012). Ancak daha sonra yapılan retrospektif çalışmalarla ilk kez Ürdün, Zarqa'da bulunan bir hastanede 2012 nisan ayında MERS-CoV hastalığına ait vakaların görüldüğü bulunmuştur (Hijawi et al, 2013).

2.7. COVID-19 PANDEMİSİ

2.7.1. Pandeminin Ortaya Çıkışı

2019 Aralık ayı sonunda Çin'in Hubei Eyaletine bağlı Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen viral pnömoni vakalarının kümelenme halinde hastaneye başvurularının olduğu saptanmıştır (Ali et al, 2020). 31 Aralık 2019'da kaynağı bilinmeyen ilk pnömoni vakası yine Wuhan'da tespit edilmiştir. 29 Aralık 2019'a kadar olan 10 günlük verilerde akut solunum sıkıntısı sendromu ile hastaneye yatan beş hastanın bulunduğu ve birisinin vefat ettiği belirtilmiştir. (Rothan and Byrareddy, 2020). 3 Ocak 2020'de Çin'deki ulusal sağlık makamlarının DSÖ' ye bildirdiği verilere göre, içlerinde 11 hastanın ağır, 33 hastanın stabil olduğu nedeni bilinmeyen 44 pnömoni vakası bulunmaktadır. Bilinen ilk vakalar, ateş, öksürük, dispne, respiratuvar yetmezlik ve radyolojik olarak görüntülenen pnömoni gibi nedenlerle hastaneye başvurmuş ve hepsinin Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Toptancı Pazarı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. 7 Ocak 2020'de yayınlanan raporda hastaların boğaz sürüntülerinin incelenmesi ile yeni bir potansiyel ajan ortaya atılmıştır (Sohrabia et al, 2020). 8 Ocak 2020'de patojenin genetik diziliminin açıklanmasıyla yeni tip korona virüs tespit edilmiştir. Hastalıktan sorumlu tutulan etkenin yeni tip korona virüs (2019-novel coronavirus, 2019-nCoV) olduğu 11 Ocak'ta laboratuvar analizleriyle doğrulanmış ve DSÖ bu yeni tip korona virüsü 12 Ocak 2020'de duyurmuştur. Virüsün merkezi kabul edilen Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Toptancı Pazarındaki kişilerden alınan 585 numuneden 33'ü 2019-nCoV pozitif çıkmıştır. İlk başlarda yarasalardan insanlara geçtiği sanılan yeni tip korona virüsün

insanlara ara konak olarak pangolinler aracılığıyla geçtiği düşünülmektedir (Phan 2020; Lupia et al, 2020; Wang et al, 2020).

19 Ocak'ta Çin'in merkezindeki en kalabalık şehirlerden olan Shenzhen, Wuhan dışındaki ilk vakanın bildirildiği yer olmuştur. 21 Ocak'ta Wuhan'da 15 sağlık çalışanına 2019-nCoV tanısı konulması sonrası virüsün insandan insana geçebileceği gösterilmiş, DSÖ gerekli acil toplumsal önlemleri almanın zorunluluğunu ortaya koymuştur. Bu gelişme sonrası 23 Ocak'ta Wuhan'da ilk önlemler alınmıştır. İkinci bir emre kadar havaalanları, tren istasyonları ve otoyollar kapatılmış ve toplu taşıma araçları ile ulaşım durdurulmuştur (Li et al. 2020a).

Aralık 2019 sonu ve Ocak 2020'ye kadar olan Bahar Şenliği döneminde alınan önlemlere ve seyahat konusundaki kısıtlamalara rağmen seyahat eden kişilerin 2003 yılına göre 1,7 kat artarak ve 3,11 milyar kişinin seyahat ettiği görülmüştür. Çin'den yurt dışına yapılan uçuşların bu dönemde devam etmesi de eleştiri konusu olmuştur (Ferguson 2020).

DSÖ, yeni koronavirüs salgınına 30 Ocak 2020'de "Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan etmiş ve özellikle sağlık sistemi açısından savunmasız olarak nitelendirilen ülkeler için bu virüsün yüksek risk olduğunu vurgulamıştır.

DSÖ tarafından COVID-19 isimlendirilen yeni tip korona virüsün yayılımını azaltmanın erken teşhis, izolasyon, hızlı tedavi ve enfekte olanların izlendiği güçlü bir takip sisteminin uygulanmasıyla mümkün olduğunu ifade etmiştir. COVID-19'un yayılma hızını, hastalığın kapsamını, klinik özelliklerini, şiddetini kavramak ve hastalığın gücünü azaltacak tedavi seçeneklerini geliştirmek, ekonomi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak ve bilgi kirliliğini önlemek salgındaki diğer stratejik hedeflerdendir (Sohrabia et al, 2020).

Eczane personelinin eğitimi ve eczane hizmetlerinin yeterliliği, COVID-19'da kullanılacak ilaçların tedariği, güvenli ilaç kullanımı için danışmanlık hizmetleri, ilaçların evlere ve hastanelere dağıtılması, çevrimiçi mobil uygulamalarla sağlanan

destek gibi konular üzerinde durularak gerekli tedbirler alınmıştır (Zheng et al, 2020). Çin, kliniklere ayaktan başvuruları azaltmak, sosyal teması en aza indirmek ve kronik hastalığı olanların kontrolleri için çevrimiçi konsültasyon ve danışmanlık sağlayan uzaktan tıbbi hizmet kullanımını teşvik etmiştir (Sun et al, 2020).

Hubei Eyaletinde bulunan Wuhan'a ve diğer şehirlere 30 000'den fazla sağlık çalışanı gönderilmiştir (Li et al, 2020b). Sağlık çalışanlarının sayısının artırılmasının yanı sıra medikal ve koruyucu ekipman sağlanması, dinlenme yeri ve gıda teminleri, güvenliğin artırılması ve fiziksel ve ruhsal açılardan sağlık çalışanlarına destek verilmiştir (Lu et al, 2020).

Hastalığın ilk belirtilerinden biri de yüksek ateştir. Bu nedenle ateş ölçümü için kamusal alanlarda taramalar başlatılmıştır. Toplumsal hareketliliği azaltmak için eğitimlere ara verilmiş, şehirlerde karantina başlatılmış, toplu yapılan etkinlikler durdurulmuş, evden çalışma sistemine geçilmiştir. Şehirlerarası gidiş gelişler izinlerle kısıtlanmış ve seyahat edenler için 14 günlük izolasyon kuralı getirilmiştir (Wang et al, 2020; Li et al, 2020a).

Kısıtlamalara sıkı şekilde uyulması, fiziksel temasın en aza indirgenmesi, sağlık çalışanları, çocuk, yaşlı ve kronik hastalıklara sahip kişilere özellikle dikkat edilmesi, hijyen, el yıkama, dezenfektan kullanımı, kan idrar gibi vücut sıvılarıyla dışkı örneklerine müdahalelerin dikkatle yapılması konularında da vurgulamalar yapılmıştır (Lin et al. 2020; Rothan and Byrareddy 2020).

Morbidite ve mortalitenin en yüksek olduğu ülke 2020'nin ilk iki ayında Çin olarak kayıtlara geçmiştir. Şubatın sonunda günlük vaka sayısı Çin dışındaki ülkelerde, Çin'e göre daha yüksek olarak kaydedilmeye başlanmıştır (Lai et al, 2020). 12 Mart'ta vaka sayısını 15 olarak açıklanmış, 19 Martta Hubei eyaletinde yeni vaka ve ölüm olmadığı belirtilmiştir. Çin'in aldığı sıkı önlemlerle ve getirildiği kısıtlamalarla salgının önlendiği ifade edilmiştir (Kraemer et al, 2020).

2.7.2. Virüsün Uluslararası Yayılımı

COVID-19'un 13 Ocak 2020'de Çin dışı ilk görüldüğü yer Tayland olup vakanın Wuhan'dan gelen kadın bir turist olduğu tespit edilmiştir. Çin'den turist olarak geldiği bilinen iki vakadan biri Japonya'da 16 Ocak'ta, diğeri de Güney Kore'de 19 Ocak'ta açıklanmıştır. 16 Şubat'ta 25 ülke tarafından toplam 51 857 vaka bildirilmiştir (Li et al. 2020a; Rothan and Byrareddy 2020).

11 Mart 2020 tarihinde DSÖ, virüsün 114 ülkede yayıldığını, 118 000'den fazla vaka olduğunu ve 4 291 kişinin hayatını kaybettiğini açıklamıştır. Virüsün yayılımı ve şiddetinin endişe verici boyutlara ulaşması nedeniyle küresel COVID-19 salgını DSÖ tarafından resmen bir pandemi olarak ilan edilmiştir. Ülkelerin virüsün yayılımını önlemek, hayatları kurtarmak ve salgının etkisini en aza indirmek için kapsamlı bir strateji geliştirmesi, tüm toplumu kapsayan bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bunu dört temel alanda özetlemiştir: İlk önce hazırlanın ve hazır olun. İkincisi, tespit edin, koruyun ve tedavi edin. Üçüncüsü, yayılımı azaltın. Dördüncüsü, yenilik yapın ve öğrenin. Aynı zamanda ülkelere, çalışanlarıyla riskler ve kendilerini nasıl koruyabilecekleri hakkında iletişim kurması, her vakanın bulunup, izole edilip, tedavi edilmesi ve izlenmesi, hastanelerin hazırlanması, sağlık çalışanlarının korunması ve eğitimi çağrılarında bulunmuştur (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, Erişim tarihi: 06.12.2020)

2.7.3. Türkiye'de Pandeminin Yönetimi

Türkiye'de COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak'ta başlamış ve 22 Ocak'ta T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelere sonra 11 Mart'ta görülmüştür. İlk vakanın tespit edilmesinden bu yana geçen süreçte salgın ile ilgili temel strateji, halk sağlığı önlemleri ile vaka görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçmektir. Saha ve klinik iş birliği ile COVID-19'a bağlı tıbbi sonuçların (ağır hastalık, yoğun bakım gereksinimi, ölüm, engellilik vb) ağırlaşmasının önüne geçilmektedir. Ülke olarak yaklaşımımız kademeli olarak

salgının zararlarının azaltılması, salgının sınırlandırılması ve baskı altına alınmasıdır (<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemioloji-ve-tani.html>, Erişim Tarihi:16.12.2020).

COVID-19 pandemisinde Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları içinde; liderlik ve yönetim, uluslararası dayanışma, yapay zeka ve dijital uygulamalarının sağlık alanında kullanımı, sağlık finansmanı ve insan kaynakları, ilaç ve tıbbi cihazlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık turizmi, filyasyon, temaslı takibi ve sürveyans sistemleri, koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve bireyin sağlık öz sorumluluğunun geliştirilmesi ön plana çıkan konular ve stratejilerden olmuştur (İşlek ve ark, 2020)

COVID-19 pandemisi sürecinde, hastanelerde oluşabilecek yoğunluğu önlemek için hastalar, Sağlık Bakanlığı tarafından ilk olarak aile sağlığı merkezlerine başvurması konusunda yönlendirilmiş ve ASM başvurularının azaltılması için düzenlemeler getirilmiştir. Raporlu ilaçların reçetesiz direkt olarak eczanedan alınabilmesi, evlilik ve askerlik hariç diğer sağlık raporlarının ertelenmesi, enjeksiyonların acil olmadıkça azaltılması alınan önlemler arasındadır. Halk sağlığının devamlılığı için koruyucu sağlık hizmetleri normal seyrinde devam etmiş olup; ASM’deki yoğunluğun ve bulaş riskinin azaltılması için gebe-bebek-çocuk izlemi ve aşı için ASM’ye gelecek kişilere telefonla randevu verilmiştir. Bu süreçte mümkün olduğunca rutin laboratuvar tetkikleri ve kanser taramaları ertelenmiştir. ASM içinde havalandırma, temizlik, dezenfeksiyon ve sosyal mesafe kurallarına uyulması, çalışanların kişisel koruyucu ekipman kullanması sağlanmış ve ASM’ye başvuran herkesin maske takması zorunlu tutulmuştur. Kapı önünde triyaj birimi oluşturularak ASM’ye başvuranlara triyaj soruları sorulmuş ve temassız ateş ölçer ile ateş ölçümleri yapılmıştır. Şüpheli vakalar İl Sağlık Müdürlüğü ile temasa geçilerek bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmiştir (Samancı 2020).

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallarla, salgının kontrolü, ilk kaynağın tespiti, hastaların ve temaslıların takibi ve izolasyonu için İl Sağlık Müdürlükleri/Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) öncülüğünde filyasyon yöntemi uygulanmıştır. Pandemi sürecinde aile hekimleri de filyasyonda aktif rol üstlenmiştir.

Sağlık Bakanlığının belirlediği kriterler doğrultusunda izolasyondaki kişilerin klinik durumları kayıtlı oldukları aile hekimliği tarafından telefonla aranarak takip edilmektedir (Samancı 2020).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, tanımlayıcı bir nitelikte olup, niteliksel yöntemle yapılmıştır. Türkiye’de çalışan aile hekimlerinin COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini araştırmak için nitel desende tasarlanmıştır. Nitel araştırmalarda olaylar doğal ortamında bütünlük içinde gözlenir, derinlemesine görüşme gibi nitel veri toplama teknikleriyle algılar anlaşılabilir (Yıldırım ve ark. 2006).

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma; Sakarya ilinde 01.10.2020-31.10.2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya ili sınırları içinde çalışan 313 aile hekimi oluşturmaktadır. Amaçlı örneklem yöntemlerinden olan tipik durum örnekleme yöntemi ile 30 ile 50 arası gönüllü sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırılan temalar doyuma ulaşıncaya (benzer ve tekrar eden görüş ve ifadeler) görüşmeler sonlandırılmıştır. Böylece çalışma grubunu Sakarya’nın değişik bölgelerinde çalışan ve değişik sosyo-demografik özelliklere sahip olan toplam 40 aile hekimi oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ

Nitel araştırmalarda doğruluğu veya yanlışlığı test edilmek üzere önceden belirlenmiş bir kuram ya da hipotez yoktur (Yücel Toy ve Güneri Tosunoğlu 2007, Yıldırım ve Şimsek 2018). Bu sebeple çalışma için araştırma sorusu oluşturulmuştur.

“Aile hekimlerinin COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar var mıdır, bu sorunlarla ilgili çözüm önerileri nelerdir?”

3.5. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNETİMİ

Araştırmada veriler sosyo-demografik verileri içeren 18 sorudan oluşan anket formu ve 8 açık uçlu sorunun yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak

toplandı. Görüşme formundaki sorular aile hekimlerinin konu ile ilgili deneyimlerini ortaya çıkarmak üzere literatür ile desteklenerek derinlemesine görüşme sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma konusu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılarak görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve belirlenmiştir. Görüşme formu oluşturulurken soruların kolay anlaşılacak şekilde sorulmasına ve akıcı olmasına dikkat edilmiş, yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır. (EK-1)

Aile hekimleri ile yapılan görüşmelerde derinlemesine görüşme tekniği uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi, hazırlanmış soru formuna bağlı kalınarak, bir olayı veya algıyı netleştirmek için ilave sorular sorulabilen bir tekniktir (Yıldırım ve ark. 2006).

Çalışmaya katılan aile hekimlerine görüşme öncesinde araştırma hakkında gerekli bilgiler verildi ve sözlü olarak onamları alındı. Katılımcılara, katılımda gönüllülük esasının olduğu, istemedikleri halde çalışmaya katılımlarına son verebilecekleri, çalışmanın kim tarafından ve neden yapıldığı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve kişinin adı ve soyadı gibi kişisel bilgilerinin alınmayacağı konusunda sözel olarak bilgi verildi.

Görüşmeler, sosyal medya üzerinden ulaşılan katılımcılarla birlikte belirlenen zamanlarda, 1.10.2020-31.10.2020 tarihleri arasında sosyal bir ortamda, yüz yüze ve katılımcıların izni ile ses kaydı alınarak ve not tutularak gerçekleştirilmiştir. Görüşme, karşılıklı aynı düzeyde oturularak yapılmış, aktif dinleyerek, soru formları yardımıyla yönlendirilmiştir. Görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüştür. Elde edilen ses kayıtları ve notlar daha sonra araştırmacı tarafından yazı formatına çevrilmiş ve analiz safhasına geçilmiştir.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Derinlemesine görüşmelerin metinleri, açığa çıkmasını beklediğimiz algıları ve tutumları içerir. Görüşmelerin metinleri içerik analizine tabi tutulmuştur. Analizde her veri birkaç kelimeyle kodlanır. Benzer kodlar, hiyerarşik olarak gittikçe yükselen kavramlarla, kategoriler ve temalar altında toparlanır. Elde edilen bu kavramlarla veriler anlamlandırılmaya çalışılmaktadır. Daha sonra anlamlandırılan verilerin

bulgularda dökümü ve yorumlanması yapılmaktadır (Yıldırım ve ark. 2006).

İlk olarak yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından elektronik ortamda yazılı hale dönüştürülmüş ve ardından araştırmada elde edilen tüm veriler iki kişi tarafından birçok kez okunarak kodlanmıştır. Yapılan bu kodlamalardan ve görüşmeler esnasında alınan notlardan hareketle amaca uygun olarak temalar belirlenmiştir. Üçüncü bir kişi bu temaları kontrol etmiştir. Üç kişi daha sonra bir araya gelerek kodlar ve temalar üzerinde fikir birliğine varmışlardır. Veriler bu temalar altında gruplandırılmıştır. Kodlama ve tema oluşturma tekrar edilerek verinin araştırma sorusuna uygun düşen kısımları bulgular bölümünde sunulmuştur. Verilerin niceliksel analizinde SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı, niteliksel analizinde ise uygun programlar kullanılmıştır.

3.7. KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE KISITLILIKLAR

Araştırmada, ulaşılması planlanan kişilerin aile hekimi olmaları ve mesai saatlerindeki iş yoğunlukları nedeniyle görüşmeler mesai saatleri dışında yapılmıştır. Pandemi sürecindeki kısıtlamalar nedeniyle görüşmeler sınırlı zaman diliminde yapılabilmektedir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.09.2020 tarihli E.8439 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir. (Ek-2) Katılımcılara çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllü olan aile hekimleri örnekleme dahil edilmiştir.

3.9.ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamış, kırtasiye ve ulaşım masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma Sakarya ilinin farklı bölgelerinde görev yapan 40 aile hekimi ile yürütülmüştür. Katılımcıların 23'ü erkek, 17'si kadındır. Yaş ortalaması ise $41,15 \pm 8,28$ standart sapma (SS) yıldır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin hekimlik görev süresi ortalaması $16,38 \pm 8,22$ (SS) yıl iken, aile hekimliği görevinde bulunma süresi ortalaması $8,28 \pm 3,04$ (SS) yıldır. Aile hekimi başına günlük bakılan hasta sayısı ortalaması $57,37 \pm 16,75$ (SS) kişidir. Katılımcı aile hekimlerine kayıtlı nüfus sayısı ortalaması ise $3414,07 \pm 634,16$ (SS) kişidir. Birimine kayıtlı nüfus içerisinde günlük takiplerini yaptığı özellikli izlem olarak adlandırılan, COVID-19 tanısına sahip olan ve/veya temaslı olan hasta sayısı ortalama $13,55 \pm 9,33$ (SS) iken; bu sayı maksimum ortalama $30,73 \pm 17,02$ (SS) olmuştur. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %2,5'i (1 kişi) COVID-19 tanısı almıştır.

Aile hekimlerinin COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve sorunlara yönelik çözüm önerileri Tablo 1'de görülen tema ve kategoriler altında toplanmıştır. Bu tema ve temalara ait kategorilere ait açıklamalar yapılmıştır. Her temaya ait kodlarla ilgili en çok vurgulanan örnek cümleler gösterilmiştir.

Görüşme nitel verilerinden elde edilen bulgular; aile hekimlerinin pandemi sürecindeki genel sağlık politikalarına ait görüşleri, pandemiyle mücadelede görev yaparken yaşadıkları sorunlar, pandemide rutin birinci basamak sağlık hizmetlerinin seyri, pandeminin sosyal yaşantılarına olan etkileri, sağlık politikalarının iyileştirilmesine yönelik önerileri, aile hekiminin pandemideki rolünün geliştirilmesine yönelik ve rutin birinci basamak sağlık işleyişindeki hizmet kalitesini artıracak fikirleri, aile hekiminin pandemideki aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yönelik tavsiyeleri olmak üzere sekiz ayrı başlık altında sunulacaktır.

Tablo 1. Aile Hekimlerinin COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri İlgili Temalar ve Kategoriler

	Aile						
	Pandemi ile Mücadelede Karşılaşılan Problemler	Hizmet Verimindeki Uygulamalar/ Yaşananlar	Pandemi Döneminde Sosyal Yaşantı	Genel Sağlık Politikalarına Yönelik Tavsiyeler	Hekimlerinin Mücadeledeki Rolüne Yönelik Tavsiyeler	Basamak Sağlık Hizmetlerinin İşleyişine Dair Tavsiyeler	Uygulama/İşleyiş Planına Dair Tavsiyeler
Pandemi Sürecinde Uygulanan Sağlık Politikaları							
• Birinci Basamak Uygulamaları	• Fiziki Yapı	• Özel Gün/Saat Uygulaması	• Endişe/Korku o Hasta Olma o Hastalık	• Kısıtlamalar/ Yasaklar	• Birinci Basamağın Temsili	•Randevu Sistemi	•Birinci Basamak Uygulamaları
• Eğitim Raporlar	• Kişisel Koruyucu Ekipman / Dezenfeksiyon	• İzole Alan	• Taşıma	• Maddi Konular	• Birinci Basamağın Etkili Kullanımı	•Fiziki Şartlar	• Eğitim
• Kişisel Koruyucu Ekipman	• Gereksiz Başvurular	• Triyaj Sistemi	• Sosyal İlişkiler	• Durum Raporu/Ulusal Bilgilendirme	• Basamağın Etkili Kullanımı	•Test imkânı	• Raporlar
• Görev Dağılımı	• Ek Ödemeler	• Başvurular	• Dangalanma	• Raporu/Ulusal Bilgilendirme	• Etkili Kullanımı	•Rehber/ Algoritma	•Kişisel Koruyucu Ekipman
• Entegrasyon	• Duyarsızlık / Bilinçsizlik	• İzlem, Aşı ve Tarama	• Bilirkişilik Hizmeti	• Covid Testleri	o Koruyucu Hekimlik	• İnişiyatif	•Görev Dağılımı
	• Değişen Sistem/ Uygulamalar	• Birinci basamak ısrarı	• Bağlılık	o İnternet/Sosyal Medya	• Koordinasyon	• Entegrasyon	



Şekil 2. Aile Hekimlerinin COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri İlgili Kelime Bulutu (www.edwordle.net, Erişim: 15.12.2020)

4.1. PANDEMİ SÜRECİNDE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI

Aile hekimleriyle yapılan görüşmelerde; COVID-19 pandemisi sürecinde uygulanan sağlık politikaları hakkındaki düşünceleri ve iyi-kötü olarak değerlendirdiği uygulamalar hakkında görüş belirtmeleri istenmiştir. Bu konuda katılımcıların görüşlerinden elde edilen veriler; esnek mesai uygulaması, ücret/ek ödeme, bilgilendirme, kısıtlamalar/yasaklar, izlem, raporlar, covid testleri ve organizasyon olarak 8 başlık altında incelenmiştir.

4.1.1. Esnek Mesai Uygulaması

Esnek mesai uygulaması, çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %40'ının pandemi sürecinde iyi olarak gördüğü sağlık politikası uygulamalarından biridir. Esnek mesainin hastalığa maruziyeti azaltmak için pandemi süresince devam etmesi ve desteklenmesi yönünde fikirlerini beyan etmişlerdir.

‘‘Sağlık çalışanının dönüşümlü olarak esnek mesai şeklinde çalışması hem virüse maruziyet riskini azalttı hem dinlenme fırsatımız oldu. Vücut direncimiz artarak daha sağlıklı, daha az anksiyete ile çalışabildik.’’(D11, KADIN, 39 YAŞ)

“ Esnek çalışma uygulamıştık ilk zamanlarda sonra eski düzene döndük ama şu an vaka sayımız o dönemle ile aynı takip sayımız da aynı ama esnek çalışmıyoruz.”(D18, KADIN, 33 YAŞ)

“Esnek çalışma modeli teması azaltması yönünden iyi oldu.”(D27, ERKEK, 37 YAŞ)

“Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının maruziyet süresini kısıtlamak için esnek çalışma desteklenmeli ve devam etmeli.”(D28, ERKEK, 48 YAŞ)

4.1.2. Ücret/Ek Ödeme

Katılımcıların %60'ı, COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına yapılan ek ödeme konusundaki adaletsizlikten ve yapılacak ödemelerin medyada sıkça söz edilmesinden rahatsızlık duyduklarını aktarmıştır. Katılımcıların geri kalanı bu konuda herhangi bir görüş belirtmemiştir.

“... Sağlık politikası gereği sağlık çalışanlarını bir şekilde teşvik amaçlı ek ödeme yönetmeliği vesaire çıkarttılar. İkinci ve üçüncü basamakta bunu çok iyi yürüttüler ancak birinci basamağı ihmal ettiler ama birinci basamak en çok hastalarla karşılaşma ihtimali olan yer. Neden? Çünkü buraya sağlam, sağlam olmayan yani hasta olduğunu bilen, bilmeyen herkes geliyor. Dolayısıyla hasta olduğunu bilmeyen bir vatandaşla da karşılaşabiliriz...”(D17, ERKEK, 45 YAŞ)

“... Ben hiçbir şekilde bu kadar yaparsan bu kadar para veririm gibi muhabbetlere girip aile hekimliğini bu kadar itibarsızlaştırmazdım. Çoğu hasta da geldi bu kadar para alacakmışsınız hocam diye konuştular. Çok çirkin bir şey oldu. Cephede savaşan askerin parasından, acilde çalışan doktorun parasından bahsediliyor mu? Aile hekimliği bu konuda kullanıldı bence...”(D29, KADIN, 34 YAŞ)

“...En üzüldüğümüz nokta şu oldu. Ek ödeme konusunda pandemi döneminde çalışan bütün sağlık çalışanlarına bir şarta bağlanmadan para verilirken bize özellikli izlemi yaparsanız yaptığınız orana göre para verimiz demek hiç hoş olmadı. Mart ayından beri hepimiz bunu yaptık sonra para şartına bağlanınca ağustos eylül ekim aylarında bıraktık...”(D25, ERKEK, 28 YAŞ)

4.1.3. Durum Raporu ve Ulusal Bilgilendirme

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %35'i, COVID-19 pandemisi sürecinde vaka sayıları ile ilgili yapılan açıklamalar hakkındaki düşüncelerini aktarmıştır. Diğer katılımcıların bu konuda belirttiği bir görüşü yoktur.

“...Son zamanlarda tartışılan turkuaz tablonun durumu da hoş olmadı. Baştan beri bir şeylerin adını koymuş olsaydık Sağlık Bakanlığı'nın inandırıcılığı kaybolmazdı. Sağlık Bakanlığı ciddi bir güven kaybına uğradı hem sağlık çalışanları camiasında, hem de vatandaşlar nezdinde, hem de dış dünyada ciddi bir itibar kaybı yaşadı. Bence hatalı bir politika ürettik...”
(D17, ERKEK, 45 YAŞ)

“...Vaka sayısı hasta sayısı meselesi kafa karıştırıcı oldu. Diğer ülkeler nezdinde de veriler açısından güvenilirlik azaldı...”(D20, KADIN, 54 YAŞ)

“...Veriler konusunda dürüstlük, şeffaflık olsa daha iyi olabilirdi şimdi bizim Avrupa ülkelerinden farkımız şeffaflığımızın olmaması biz verileri saklıyoruz. Sonradan vaka hasta tanımı diye bir şey ortaya çıktı. Bu politikanın yanlış olduğunu düşünüyorum...”(D32, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Vaka sayıları konusunda kelime oyunları yapıldığını düşünüyorum. Bu süreçte ilk başlarda bakanlığın yaptığı açıklamalara gerçekten inancım tamdı. Keşke bu süreç şeffaf olarak yönetilseydi ipin ucunun bir yerlerde kaçtığını düşünüyorum...”(D6, KADIN, 49 YAŞ)

“...Vaka hasta sayısı ayırımı konusunda yapılan açıklamaların yanlış bir politika olduğunu düşünüyorum. Verilerin güvenilirliği sarsıldı, şeffaflık kalmadı...”(D28, ERKEK, 48 YAŞ)

4.1.4. Kısıtlamalar ve Yasaklar

Çalışmamıza katılan aile hekimlerin çoğunluğu, pandemi sürecinde uygulanan izolasyon/karantina, sokağa çıkma yasağı, 65 yaş üstü ve 20 yaş altı yasaklarını iyi olarak değerlendirmiş ancak uygulama ve denetimler noktasında gördüğü eksiklikleri dile getirmişlerdir.

“...Sokağa çıkma yasakları ve kısıtlamalar genel olarak iyiydi...”(D9, ERKEK, 52 YAŞ)

“...Bir anda kısıtlamalar getirerek her yeri kapatarak vaka sayılarını güzel indirdik...”(D2, ERKEK, 35 YAŞ)

“...İzolasyon yöntemleri, karantina yöntemleri, 65 yaş üstü yasağı, 20 yaş altı yasaklar gibi pek çok yasaklamalara erken zamanda geçtik. Sosyal mesafe kuralları toplum için sağlık bakanlığınca geliştirilen 14 kural. Hepsi yerli yerindeydi. Çok doğruydı. Vaktinde geçtik diye düşünüyorum...”(D19, ERKEK, 43 YAŞ)

“...Sokağa çıkma yasaklarını ve kısıtlamaları genel olarak iyi buldum ama denetimler yeterince sıkı olmadı...”(D37, KADIN, 37 YAŞ)

“...Sokağa çıkma yasağı varken gözümün önünde bir gün içinde evimin önünde polis 100 tane araç durdurdu ama hiçbirine ceza yazılmadı. Polisin de üzerinde muhtemelen baskı oluşturuluyor ceza yazmamasına dair. Alınan kararlar iyi, ama uygulanmıyor...”(D13, ERKEK, 33 YAŞ)

“...Yaptırımlar çok zayıf. Maske yasağı var, uyum yok. Cezalar caydırıcı değil, yaptırımlar yetersiz...”(D38, ERKEK, 47 YAŞ)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %12,5’i, COVID-19 pandemisinde Türkiye’de uygulanan kısıtlamalar ve yasaklara dair olumsuz bir görüş olarak normalleşme sürecinin erken olduğunu, getirilen kısıtlamaların hızlı kaldırıldığını düşündüklerini söylemişlerdir.

“...Normalleşme süreci adı altındaki başlayan süreçte biz normalleşme sürecine çok hızlı geçtik. Katı kuralların yerini birden çok gevşek kurallar aldı. Bunun kesinlikle yanlış bir politika olduğunu düşünüyorum...” (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

“...Son döneme kadar uygulanan sağlık politikalarının getirilen kısıtlamaların iyi olduğunu sürecin iyi yönetildiğini düşünüyorum. Fakat normalleşme sonrası özellikle de yaz aylarındaki gevşemenin hızlı olduğunu ve hastalığı kontrol edilemeyecek boyutlara sürükleyeceği düşünüyorum...”(D28, ERKEK, 48 YAŞ)

“...Normalleşme süreci hiç normal olmadı. Her yer sonuna kadar açıldı. O da olmaz...”(D38, ERKEK, 47 YAŞ)

“...Başta uygulanan sağlık politikaları, getirilen yasaklar ve kısıtlamalar çok yerindeydi sonradan kısıtlamalar gevşetildikçe önüne geçilemez gibi bir durum oldu. Erken normalleşmeye geçilmesi kötüydü. Çok erken gevşedik. İnsanlar corona bitti gibi düşünerek korkunç bir şekilde geçirdi tüm yazı. Şu anda artık başa çıkamayız bu tabloyla. Sürü bağışıklığına doğru gidiyoruz gibi geliyor...” (D37, KADIN, 37 YAŞ)

“...Ülkemiz koşullarını ve halkımızın sosyokültürel düzeyini düşündüğümüzde hazirandan itibaren normalleşmeye geçilmesinin erken olduğunu düşünüyorum...” (D20, KADIN, 54 YAŞ)

4.1.5. COVID-19 Hasta İzlemi

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %45’i, COVID-19 tanısı olan ya da temaslı olan kişilerin telefonla aranarak semptomlarının sorgulandığı özellikli izlem uygulamasının doğru bir uygulama olmadığını ve rutin birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişinde kendilerine çok fazla iş yükü oluşturduğunu belirtirken, %10’u izlemleri olumlu bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Geri kalan katılımcılar, bu konuda herhangi bir görüş belirtmemiştir.

“...Aile hekimi telefonla takibi çok gereksiz ve bilimsellikten uzaktı...” (D27, ERKEK, 37 YAŞ)

“...Bizim açımızdan baktığımızda özellikli izlemler için bizim aramamıza gerek olmadığını düşünüyorum sonuçta biz de sadece şikayetlerini sorgulayıp sisteme giriyoruz telefon etmesini bilen her insan bunu yapabilir. Bunlar bize gereksiz iş yükü doğurdu...” (D5, ERKEK, 35 YAŞ)

“...Karantinadaki izlem hastalarını ararken sorumlu olmadığım konulardan sorguya çekiliyor olmam en büyük problem diyebilirim. Sonuçta hem poliklinik yapıp hem görüşmeleri yapıyor olmak zaten iş yükümüzü artırıyordu. Bir de hastalar aklına takılan her konuda bilgi sahibi olmak için bizi meşgul ediyorlar...” (D9, ERKEK, 52 YAŞ)

“...Özellikli izlem ilk yaptığımız dönemde etkili olduğunu gördük ama o zaman yasaklar da vardı. Sonrasında yasaklar kalktı insanlar uymamaya başladı. Özellikli izlemin de bir anlamı kalmadı çünkü arıyorsunuz. Hasta dışarıdayım diyemiyor telefonu açmıyor. Eve gittikten sonra ben şu an

evdeyim diye size geri dönüş yapıyor. Ya da dışarıda olduğu halde evdeyim diyor. O yüzden özellikli izlemin bilimsel bir anlamı yok...’’ (D7, ERKEK, 31 YAŞ)

‘‘...Özellikli izlemi aile hekiminin yapmasının bir mantığı yok. İşleyen poliklinik düzenimizin içinde hastaları arayıp hekimlik yapmıyoruz sadece covid in semptomlarını sorguluyoruz. Eğer semptom gelişmişse 112 aracılığı ile hastaneye gitmesi gerektiğini öneriyoruz. Poliklinik yaparken bi yandan da buna vakit ayırmak kolay olmuyor. Bir düzensizlik oluyor...’’(D25, ERKEK, 28 YAŞ)

‘‘...Hastaların evde takip ve tedavisi ve filyasyon ekibi sistemi iyi oldu. Covidle en çok mücadele edebilecek yerler bence birinci basamaktır. Hastalarla telefonla konuşmak bile çok etkili oluyor diye düşünüyorum. Telefonla hastaların izlemlerinin yapılmasının doğru uygulama olduğunu düşünüyorum. Ancak bunlar için vakit lazım, personel lazım, para lazım. Hastaları aramaya kalkıp da 60 hastaya nasıl bakabiliriz. Ben mümkün olduğunca aramaya çalışıyorum. Faydalı olduğunu da düşünüyorum. Amacımız kesinlikle bundan para kazanmak değil. Onun karşılığı para değil. Aradığım kişiye bir faydam olacaksa niye aramayayım. Hastam sorusu olduğunda beni arıyor benden yardım istiyor, zaten hekim olarak amacımız yardım etmek...’’(D34, ERKEK, 43 YAŞ)

‘‘...Bu süreçte özellikli izlem olarak yaptığımız takipleri bu bizim işimiz mi diye karşılayan hekim arkadaşlara ben katılmıyorum. İzlemleri biz yapalım ama bizlere üvey evlat gibi davranılmasa daha iyi olabilirdi...’’ (D21, ERKEK, 52 YAŞ)

‘‘...Özellikli İzlem olan hastalar bizim ekranınıza dökülüyor, telefon irtibatı kurarak bu hastalarla ilgili her türlü dinamiği sağlayabiliyoruz. Hastaların evde olmalarını da takip edebiliyoruz. Bu uygulamaların güzel olduğunu düşünüyorum...’’(D40, KADIN, 43 YAŞ)

‘‘...Bazı arkadaşlar yaptığımız işi sevmiyorlar ama bazı insanlara faydamız olduğunu da düşünüyorum. Telefonla arıyoruz evde karantinada olan hastaları. Tedavi ne zaman bitecek, ben tedaviye devam edecek miyim, bitince

test yapılacak mı gibi sorulara cevap veriyoruz vatandaşa yardımcı oluyoruz...’’ (D8, ERKEK, 36 YAŞ)

4.1.6. Raporlar

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %45’i, raporlu ilaçların sağlık kuruluşuna gidilmesine gerek kalmadan eczanelerden reçetesiz olarak alınması kararını sağlık politikalarında uygulanan iyi uygulamalardan biri olarak görmüştür. Diğer aile hekimleri bu konuda görüş bildirmemiştir.

‘‘...Raporlu ilaçların eczaneden alınması güzel bir uygulamaydı. Yaşlılar risk grubunda olduğu için çok sık gelmek zorunda kalıyorlardı...’’(D35, KADIN, 42 YAŞ)

‘‘...Raporlu ilaçların eczaneden alınması doğru bir uygulamaydı ama hastalar bunu değerlendiremiyor, niye yapıldığını algılayamıyor. İlaçların arasında bir ağrı kesici eksik olduğunda yine onu yazdırmaya gelebiliyor...’’ (D32, ERKEK, 38 YAŞ)

‘‘...Raporlu ilaçların eczaneden alınabilmesi de çok iyi bir uygulama oldu hasta sayımızı azaltan en önemli faktörlerden biri de o. Yoksa kapıda çok yığılma olurdu. Raporların süresi uzatılıyor şimdi 31 Aralık 2020'ye kadar mevcut raporların süresi tekrar uzatıldı bunlar güzel uygulamalar bence...’’ (D20, KADIN, 54 YAŞ)

‘‘...Raporlu ilaçların eczaneden alınması raporlarla ilgili düzenlemeler hasta sayılarının azalmasını bu sayede yığılmalar olmasını önledi...’’(D22, ERKEK, 55 YAŞ)

Uygulamayı savunan aile hekimlerinden üçü, bu uygulamanın üzerinde yapılan kısa süreli değişikliğin yanlış bir politika olduğunu yaşadıkları tecrübelerle dile getirmiştir.

‘‘...Temmuz ayında 18-65 yaş arasındaki raporlu ilaçları olan hastaların eczaneden ilaç alması uygulamasının sonradan kaldırılması yanlış bir uygulamaydı. 65 yaşındaki vatandaş raporlu ilacını eczaneden alırken 64 yaşındaki kişi ilacını alamıyordu. Neyse ki 1 ay sonra eski düzene geçildi...’’ (D9, ERKEK, 52 YAŞ)

“...İlaçların yazılması noktasında RPT için hastaların hiçbirinin buraya gelmeden 65 yaş üstünün raporlu ilaçlarının direkt olarak alabilmelerinin yanında 65 yaş altında bu uygulamayı kaldırdılar bence bu da gereksizdi. Raporlu ilaç rapor bitim tarihine göre verilebilmeliydi. Çünkü bizim iş yükümüzü çok fazla arttırdı 10 hastadan 2 tanesi bile 65 yaşın altında raporlu ilacını yazdırmaya geldiyse bu önemli bir sayıdır. Orada da yanlış bir politika güdüldü. Yaş sınırlamasını getirmeden direkt eskisi gibi devam edilecekti...”(D19, ERKEK, 43 YAŞ)

“...Olumlu bir politika olarak raporlu ilaçlar reçetesiz olarak eczaneden alınabildi. Temmuzda kısa bir dönem 65 yaş altının ilaçların eczaneden alamaması tepkiye yol açtı. Kaldırılmasa daha iyi olacaktı. Çünkü henüz yeni alışılmış oturtulmuş bir düzenin planlama yapılmadan izah edilmeden aniden tekrardan değişmesi kavga, gürültü, doğal olarak sağlıkta şiddeti de getirebiliyor. Şu an uygulama geri geldi, iyi oldu...”(D36, ERKEK, 31 YAŞ)

Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin %25’i, COVID-19 tanısı olan ya da yüksek risk düzeyinde temaslı olarak kabul edilen kişilere evde izolasyon kapsamında verilecek istirahat raporlarının filyasyon ekibinden önce kendilerine ait bir görev olmasından duydukları rahatsızlıkları dile getirmiş ve bu görevin filyasyon ekibine geçmesinin doğru bir uygulama olduğunu aktarmışlardır. Katılımcıların geri kalanı bu konuda fikir beyan etmemiştir.

“...Covid pozitif hastaların ya da karantinadaki temaslı hastaların raporlarını hastaları görmeden vermek zorunda kaldık. Covid pozitif hastaları polikliniğe sokarak rapor vermek zorunda kaldık bu bizi çok zorladı ama birkaç haftadır yeni bir uygulamaya geçildi artık filyasyon ekibinde bulunan doktor rapor veriyor. Çok iyi o bir uygulama oldu ama çok geç oldu...”(D3, ERKEK, 38 YAŞ)

“...İlk başta temaslılar ve pozitif çıkanlar bize yönlendiriliyordu raporlarını biz veriyorduk. Yaklaşık bir haftadır ilçe sağlık müdürlükleri veriyor yani filyasyon ekipleri gidiyor. Hastayı tespit edip raporları da veriyor bu daha doğru bir uygulama...”(D18, KADIN, 33 YAŞ)

4.1.7. Covid Testleri

İki katılımcı, gözlemleri ve deneyimleri nedeniyle COVID-19 testlerinin yeterliliği konusunda şüphelerinin oluştuğunu ifade etmiştir.

“...Belirti vermeden covid temasına test yapılmaması bana elimizde yeterli test olmadığını düşündürüyor...”(D6, KADIN, 49 YAŞ)

“...Covidten şüphelendiğimiz, sevk ettiğimiz hastalara yeri geliyor test yapılmıyor. Bu da aklımıza elimizde yeterli test olmadığını getiriyor...”(D33, KADIN, 60 YAŞ)

4.1.8. Organizasyon

Katılımcı aile hekimleri, sağlık politikalarını değerlendirirken pandemi hastanelerinin oluşturulması, kaynağın tespiti ve temaslıların belirlenmesi için yürütülen filyasyon sistemi, Bilim Kurulu'nun kurulması ve COVID-19 için hazırlanan algoritma/kılavuzlar hakkında fikirlerini aktarmıştır.

“...İlk başlardan itibaren covid hastanelerinin, acillerin ayrılması iyi oldu...”(D29, KADIN, 34 YAŞ)

“...Bu dönemde belirlenen hastanelerin karantina hastanesi olması iyi uygulamalardandı...”(D30, KADIN, 37 YAŞ)

“...Filyasyonla birlikte yürütülen entegre sistemin iyi olduğunu düşünüyorum...”(D40, KADIN, 43 YAŞ)

“...Filyasyon ekibinin takipleri, karantina sürecinin takibi, eğitimlerin verilmesi, ilaçlarının evlerine götürülmesini güzel görüyorum...” (D20, KADIN, 54 YAŞ)

“...En iyi uygulama bilim kurulu kurulup salgın yönetiminin bu kurulun tavsiyelerine uygun yapılması...”(D22, ERKEK, 55 YAŞ)

“...Bilim kurulu kuruldu, hemen önlemler alma yoluna gidildi, pandemi hastanesi oluşturuldu, tanı ve tedavi rehberinin eksiklikleri düzeltildi o açılardan iyi şeyler de oldu...”(D15, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Bilim kurulunun oluşturulması, algoritmanın oluşturulması, test sayılarının arttırılmaya çalışılması, ek laboratuvarların açılması sonuçların

hemen çıkmasını sağlanacak ortamlar oluşturulması bunlar olumlu uygulamalar olarak denilebilir...’’(D25, ERKEK ,28 YAŞ)

Araştırmaya katılan bazı aile hekimleri, kılavuzların ve algoritmaların birinci basamak sağlık hizmetleri açısından yeterli ve zamanında olmadığını, birinci basamağın bu konuda ihmal edildiğini, yalnız bırakıldığını söylemiştir.

‘‘...Bakanlık ilk başlarda aile hekimliğini algoritmaya dahil etmemiştir. Birinci basamak sonradan eklendi. Bakanlığın algoritmasında poliklinik, aşı hizmetleri nasıl olmalı ve triyaj konuları nasıl olmalı, mobil hizmetlerimizin yapılması konusunda açıklamalar yapılmadı...’’(D13, ERKEK, 33 YAŞ)

‘‘...Kötü uygulama olarak birinci basamağa bir algoritma oluşturmadılar biz kendi kendimize oluşturduk. Sürecin yönetiminde aile hekimlerini bilim kuruluna sokmadılar. Birinci basamağı dışlanmış hissettim genel olarak...’’(D30, KADIN, 37 YAŞ)

‘‘...Bizim pandemide ASM’yi nasıl yöneteceğimiz, ne aşamada neler yapacağımız, hijyen şartlarını nasıl sağlayacağımız, triyajlar nasıl yapılacak gibi bize bildiren bilgiler konusunda geç kalınmışlık var. Orada kendimi yalnız hissettim...’’ (D36, ERKEK, 31 YAŞ)

4.2.PANDEMİ İLE MÜCADELEDE KARŞILAŞILAN PROBLEMLER

Araştırmaya katılan aile hekimlerine pandemi ile mücadelede görevlerini yerine getirirken karşılaştığı problemler sorularak pandemi döneminde yaşadıkları sıkıntılara cevap aranmıştır. Alınan cevaplar ASM’nin fiziki yapısı, kişisel koruyucu ekipman/dezenfeksiyon, gereksiz başvurular, ek ödemeler, duyarsızlık/bilinçsizlik, değişen sistem/uygulamalar olmak üzere 6 başlık altında toplanmıştır.

4.2.1. Fiziki Yapı

Katılımcıların %40’ı, ASM’deki fiziki koşulların sosyal mesafeyi sağlamaya uygun olmaması, bekleme alanlarının yetersizliği konularında oluşan sıkıntılarını dile getirmiştir.

‘‘...ASM’imizde hastalarımız için bekleme alanımız küçük. Hastaları birer birer alarak bulaş riskini azaltmak istedik. Bu kez dışarıda sırada beklemek insanların hoşuna gitmedi. O biraz zorladı. Hastalarda büyük bir anksiyete

doğdu. Kalabalık olması onları rahatsız etti. Onlara telkinde bulunup anksiyetelerini azaltmak bizi biraz yordu...’’(D11, KADIN, 39 YAŞ)

‘‘...Kışın nasıl bir çözüm bulacağız bilemiyorum yazın yine bir şekilde poliklinik bekleyen insanları dışarıda tutabiliyorduk önümüz kış ne olacak çok bilemiyoruz. Bizim ASM’nin fiziki koşullarına bakarsak ASM’ye birer hasta birer hasta almamız gerekiyor...’’ (D37, KADIN, 37 YAŞ)

4.2.2. Kişisel Koruyucu Ekipman / Dezenfeksiyon

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %75’i, özellikle pandeminin ilk dönemlerinde İl Sağlık Müdürlüğü’nce kendilerine verilen kişisel koruyucu ekipman ve dezenfeksiyon malzemelerinin yeterli sayıda ve kalitede olmadığını ifade etmiştir. Zaman zaman kendi imkanlarıyla fahiş fiyatlarla almak zorunda oldukları malzeme ve ekipmanlar nedeniyle cari giderlerindeki artışlardan bahsetmişlerdir.

‘‘...Tıbbi malzeme fiyatları pandemi zamanı çok arttı. Çok ciddi bir zam geldi. Mart ayında bir kutu maskeye 150 tl para verdiğimiz oldu. Almak zorundaydık müdürlük versin diye bekleyemedik. Forma giyiyoruz, personel için koruyucu kıyafetler, ekipman aldık, dezenfektan aldık, en basitinden yine triyajda kullandığımız 3. ateş ölçer. Cari giderlerimiz çok arttı ama o oranda bir zam almadık...’’(D12, KADIN, 34 YAŞ)

‘‘...Malzeme tedariki konusunda ilk başlarda yalnızlığımız oldu. 2-3 hafta sonrasında malzemeler geldi. Ama onlar da uygun değil diye geri alındı. Sonra da gelenler sayılı olarak geldi. Şu an sadece maske geliyor. Kendimizin tedarik ettiği dönemler yine oluyor. Çok yüksek fiyatlarla da almak zorunda kalabiliyoruz...’’(D36, ERKEK, 31 YAŞ)

‘‘...Dezenfeksiyon işlemlerinde sıkıntı yaşadık. Belediye yardımcı oldu ama müdürlük tarafından bir kere gelindi malzemeler çok pahalı oldu. Malzemeleri temin ederken sıkıntılar yaşadık. Hala yeterli olmadığı noktalarda koruyucu ekipmanları kendimiz temin etme durumunda olduğumuzdan piyasa da çok pahalı olduğu için her yeri araştırıyoruz. Bu konuda ASM'lere daha fazla destek olunabilirdi...’’(D14, KADIN, 28 YAŞ)

‘‘...İl Sağlık Müdürlüğü’nden ekipman anlamında destek çok yeterli olarak gelmedi, vaktinde gelmedi veya gönderdikleri koruyucu ekipmanlar çok

kalitesizdi. Bu anlamda mağdur olduk kendi cebimizden karşıladık bazı koruyucu ekipmanları. El dezenfektanı, önlük gibi. Bu tarz sıkıntıları yaşadık...’’(D19, ERKEK, 43 YAŞ)

‘‘...Bence ilk başlarda koruyucu ekipmanların verilmesi geç oldu, sayı olarak yetersizlikler oldu, kendi temin ettiğimiz zamanlar oldu. Halen de problemler yaşıyoruz koruyucu ekipmanlar olarak...’’(D29, KADIN, 34 YAŞ)

‘‘...Kişisel koruyucu ekipman konusunda bakanlığımızın desteğini arkamızda yeterince göremedik. İl sağlık müdürlüğüne ilettiğimizde biz aile hekimlerine cari gider ödemesi yapıyoruz kendi cebinizden bunları alın tarzında yaklaşımda bulunuldu. Kendi cebimizden aldık. Kişisel koruyucu ekipmanlar, dezenfektanlar bunlar için absürt paralar verdik...’’ (D4, ERKEK, 54 YAŞ)

Bir aile hekimi, koruyucu ekipman konusunda diğer katılımcılardan farklı bir görüş belirtmiştir.

‘‘...Koruyucu ekipman konusunda sıkıntı yaşandığını söylüyor arkadaşlar ama bence gayet yeterliydi...’’(D21, ERKEK, 52 YAŞ)

4.2.3. Gereksiz Başvurular

Katılımcı aile hekimlerinin %50’si, ASM’ye yapılan gereksiz başvuruların pandemi döneminde de büyük problem olduğunu ifade etmiştir.

‘‘...Sağlık kuruluşlarının pandemiye rağmen hala gelişigüzel kullanılması, gereksiz başvurular en büyük problemimiz...’’(D24, ERKEK, 42 YAŞ)

‘‘...Triyajı gereksiz başvuruları azaltmak için yaptık ama yine insanlar pandemi olmasına rağmen gereksiz sebeplerle başvuru yapabiliyor...’’(D39, ERKEK, 33 YAŞ)

‘‘...Aciliyeti olmayan başvurular eskiye oranla azaldı ama yine gereksiz başvurular geliyor. Aile hekimlerinin laboratuvarlar tetkiklerinin sınırlanması lazım. Saç dökülmesi için, B12 eksikliği için , diyetisyene gidebilmek için tahlil isteyenleri ben geri gönderiyorum. Şu dönemde ben senin riskini alamam diyorum. Ama başka yerde yapılırken siz neden yapmıyorsunuz diyebiliyorlar...’’ (D29, KADIN, 34 YAŞ)

4.2.4. Ek Ödemeler

Katılımcıların %60'ı, bakanlık tarafından aile hekimlerine verilecek ek ödemelerin medyada sıkça gündeme getirilmesinden ve kendilerine başvuran hastaların, ek ödemeye ilişkin yorumlarından ve konuşmalarından duydukları rahatsızlıkları dile getirmiştir.

“...Sağlık sektörünün halka hizmet veren bir kesimin para ile anılması çok üzücü bir durum. Bundan dolayı da değerimizin düştüğünü düşünüyorum. Para aldılar zaten ondan bu işi yapıyorlar gibi bir izlenim. Verilecek para da zaten söylendiği gibi net 3000 lira değil. İzlemlerini tam yaparsan yaptığın izlem oranına göre verilecek kısmı yansıtılmadı başta. Hastalar da yatıyorlar para alıyorlar ne yapıyorlar ki olarak görüyor. Sen pandemi şartlarında endişe ile stresle çalışıyorsun çocuğu bırakıp çalışmak zorunda kalıyorsun yeri geliyor evinden ayrı yaşıyorsun o durumlar üzüyor bizleri. Mesleğine karşı moralin motivasyonun düşüyor...”(D18, KADIN, 33YAŞ)

“... Ek ödeme konusunda çok büyük adaletsizlik var. Bu da maalesef enerjimizi düşüren bir şey. Ben bunu para için yapmadım ama karşılığı da bu olmamalıydı. Hepsinin ötesinde en üzüldüğüm nokta da şu en başından aldınız gibi yansıtıldı. Beni karşıma gelen hastalardan sen pandemi döneminde şu kadar para alıyorsun, sen zaten bunu aldığın için bu işi yapıyorsun diyenler oldu...”(D36, ERKEK, 31 YAŞ)

4.2.5. Duyarsızlık / Bilinçsizlik

Katılımcı aile hekimlerinin %55'i, hasta popülasyonlarının COVID-19 ve korunma yöntemleri hakkında bilinç düzeyinin düşük olduğundan, kurallara uyumlu olmadığından ve duyarsız davranışlarından yakınmıştır.

“...Bugün böyle bir olay yaşadık negatif hasta ama karantinede olan bir hasta geldi ilaç yazdırmaya. Anlatıp gönderdik ama ne kadarını anladı bilemiyorum. Hastalar ciddiyetinin farkında değiller. Biz burada kapıda aynı maskeyi polikliniğe girmeden önce değiştiren hastalar, yere düşen maskeyi yerden alıp takanı gördük. Bilinç o düzeyde...”(D37, KADIN, 37 YAŞ)

“...PCR pozitif hasta enjeksiyon yaptırmak için, reçete yazdırmak için ASM ye başvurabiliyor bu tip sorunlarla da karşılaşılıyor...”(D40, KADIN, 43 YAŞ)

“...Hastalar geliyor üşüttüm diyor. İlaç yaz gideyim, bende covid yok diyor. Onları ikna edebilmek çok zor. Maskesiz içeri girmek istiyor. Aşı yaptırmak istemeyenler çok oluyor, geldiklerinde de çok fazla tedirgin oluyorlar...”(D29, KADIN, 34 YAŞ)

“Hastaneye başvurudan korkan hastalardan dolayı artan işyükü ve temas riskiyle karşı karşıyayız. Gereksiz başvurular, check up istekleri, vitamin baktırma istekleri halkın yeterince eğitilmemesi sonucu yaşanan problemler oluyor...”(D27, ERKEK, 37 YAŞ)

“...Pandemi döneminde insanların cahilliği karşılaştığımız en büyük problem diyebiliriz...”(D1, ERKEK, 50 YAŞ)

“...Bir diğer problemimiz tabii ki hastaların bilinçsizliği. Bilinçsiz olan hasta popülasyonu ile çok fazla muhatap olmamız sebebiyle de burada aslında çok olumsuz koşullar altında çalıştık mesela triyajımız gereği içeriye 5 hastadan fazla hasta almamız gerektiğini söylediğimiz halde hastalardan zorluk çıktı bu konuda BİMER'e CİMER'e hakkımızda şikayetler yapıldı. Çalışma ortamı olarak gerçekten huzursuz ve gergin bir ortamda çalıştık ve hala da çalışıyoruz...”(D19, ERKEK, 43 YAŞ)

4.2.6. Değişen Sistem/Uygulamalar

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %30'u, COVID-19 pandemisinde sürekli değişen sistem ve uygulamaların duyuru ve bildirim konusunda eksiklikler olduğunu, gelişmeleri takip etmekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

“...Çok hızlı bir şekilde algoritma değişiklikleri oluyor. Özellikle listesindeki hastalara daha önce biz rapor veriyorduk ama artık filyasyon ekibi vermeye başladı. Ancak bu sefer de raporlarla ilgili yaşanan sıkıntılarda yine muhatap bizler oluyoruz...”(D40, KADIN, 43 YAŞ)

“...Vakaların ilk görüldüğü zamanlarda yapılan uygulamalar biraz karmaşıktı. Kılavuzlar sürekli değişti. Yeterli bilgi sahibi olmadık, çok iyi takip edemedik...”(D16, KADIN, 36 YAŞ)

“...Tedavi protokolleri, izlem protokolleri çok değişti. Onları takip etme konusunda da sıkıntılar oldu...”(D35, ERKEK, 42 YAŞ)

“...Algoritmalar çok sık değişiyor onları takip etmekte zorluk çekebiliyoruz. Bizlere bu algoritmalar daha hızlı bildirilse daha iyi olur...”(D20, KADIN, 54 YAŞ)

“...Hasta izleminde de takip sürelerinde, karantina sonrası test yapılıp yapılmaması gibi çeşitli konularda değişiklikler çok sık oluyordu. Bir karmaşa vardı. Hastalar da bunları sormak için bizleri çok meşgul ediyordu...”(D37, KADIN, 37 YAŞ)

4.3. HİZMET VERİMİNDEKİ UYGULAMALAR/YAŞANANLAR

Araştırmaya katılan aile hekimlerine pandemi döneminde rutin birinci basamak sağlık hizmetlerinin olağan seyrinin devam edip etmeği, hizmet veriminde olumlu ya da olumsuz uygulamalar/yaşadıkları deneyimler hakkında soru yöneltilmiştir. Katılımcılardan alınan yanıtlar özel gün/saat uygulaması, izole alan, triyaj sistemi, başvurular, izlem, aşı ve tarama, birinci basamak ısrarı başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

4.3.1. Özel Gün/Saat Uygulaması

Katılımcı aile hekimlerinin %50’si, koruyucu sağlık hizmetini içeren gebe, bebek, çocuk izlemleri ve aşılar için özel gün/saat belirleyerek hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalarla hizmet verimini arttırmaya yönelik önlemler almıştır.

“...Haftanın belli bir gününü aşı ve izlem günleri olarak ayırdık. Gebeleri ve bebekleri çağırıyoruz içeride başka kimse olmuyor...”(D13, ERKEK, 33 YAŞ)

“...Haftanın iki günü sabahtan akşama kadar aşı günü yaptık. Çarşamba ve perşembe günü sabahtan öğlene kadar aşı yapıyoruz bebek aşıları yapılıyor ve gebeler randevuyla belirlediğimiz saatte geliyorlar. Dolayısıyla bebekler ya da gebeler normal diğer gelen erişkin hastalarla bir araya gelmiyorlar...”(D4, ERKEK, 54 YAŞ)

“...Aile hekimleri kendileri rehber oluşturarak steril gün oluşturmaya çalıştılar, hasta bakılmayan yalnızca gebe, bebek ve çocuk izlemleri yapılan bir gün belirlendi...”(D15, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Müdürlük ile beraber özel gün uygulamasına geçtik. Aşıları ve gebe takiplerini ayırdık. Bu uygulamada da hastaları içeriye tek tek alınca hastalar da çoğunlukla geldi. Diğer hastalarla sıkıntı yaşadığımız oldu aşı günü olunca, ama onlara da bu durumu açıkladık...” (D14, KADIN, 28 YAŞ)

“...Olumlu yaptığımız uygulama olarak koruyucu sağlık hizmetlerimizi verirken hastaları belirlediğimiz günlerde randevu ile görüşmeye çağırdık. Bu sayede daha güvenli bir ortam yaratıp gebeler ve bebekler muayene için gelen hastalalarla karşılaşmamış oldular...”(D26, KADIN, 52 YAŞ)

Bir katılımcı, ASM koşulları yüzünden özel gün uygulamasını gerçekleştiremediğini belirtmiştir.

“...Belli bir güne toplamak da talep edildi bizden. Yani hasta ile sağlıklı kişileri aynı güne denk gelmesin diye ayırmak. Onu denedik ama yapmak mümkün olmadı. Biz çok kalabalık bir ASM'yiz. Burası toplam olarak 27 000 nüfusa hizmet veriyor. Mümkün değil bizim onu sağlayabilmemiz. Sekiz doktorun aşısını, gebe izlemini, çocuk izleminin bir güne toplanması demek, buranın ana baba günü olması demek. Ki çocuk hastaların çoğu hem anne hem babayla geldiler. Her ne kadar biz dışarıda ebeveynlerden birini tutmuş olsak da o zaman da dışarıda yine müthiş bir kalabalık oldu. Onlar arasındaki sosyal mesafeyi sağlamak da çok zor oldu. Sadece iki güne düşürmeye çalıştık o da olmadı bu sefer poliklinik günleri çok yoğun oldu bunun da hiçbir faydası olmadı normal rutinize geri döndük...” (D10, KADIN, 40 YAŞ)

4.3.2. İzole Alan

Katılımcıların %40'ı, koruyucu sağlık hizmeti için ASM'ye başvuran hastalara izole alan oluşturarak hastalara güvenli bir ortam sağlama yönünde girdikleri çabadan bahsetmiştir.

“...Cuma günü sabahtan öğlene kadar sadece aşı, gebe izlemlerini yapmak için zaman belirledik içeri başka hasta almadık. Daha temiz mümkün olduğu kadar diğer hastalardan izole bir ortam oluşturmaya çalıştık...”(D38, ERKEK, 47 YAŞ)

“...Bağışıklama hizmetlerinde, gebe ve bebek izlemlerinde randevu ile çalıştık. Onların geldiği sırada ASM’de kimse olmuyor, onları aldığımız oda ayrı izole bir oda. Aileler de bu şekilde gönül rahatlığıyla gelebildi...”(D36, ERKEK, 31 YAŞ)

“...Gebe bebek izlemlerinin ve aşı için geleceklerin randevu saatlerini ayırdık, odalarını ayırdık, elimizden geldiğince havalandırdık. Onlara daha özel ve steril şartlar sağlamaya çalıştık...”(D37, KADIN, 37 YAŞ)

4.3.3. Triyaj Sistemi

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %60’ı, hastalardan aldıkları tepkilere ve yapılan şikayetlere rağmen triyaj uygulamasının rutin sağlık hizmeti işleyişlerini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir.

“...Hastalar için triyaj güzel oldu koridorda artık hasta birikmiyor ya hastalar bundan memnun değil ama bizim için hastaları triyajla almak çok iyi oldu. Koridordaki o hasta kalabalığı sadece COVID-19 değil diğer hastalıklar için de bulaş riski doğuruyordu bundan kurtulmuş olduk...” (D31, KADIN, 50 YAŞ)

“...Virüs yükünü azaltmak, insanların birbirine temaslarını azaltmak için dışarıda kapı önünde bir triyaj yapalım dedik. Vatandaşlarımıza bunu anlatmadık, çok hır gür kavga oldu. Bunu yönetmekte maalesef bize yardımcı olunmadı. Bu zorluğu yaşadık...” (D17, ERKEK, 45 YAŞ)

“...Trijaj geç getirildi erken kaldırıldı. Bakanlık triyaj uygulamasını başlatmadan biz kendimiz yapmaya başladık. Burada vatandaşın tepkisiyle de çok karşılaştık. İl sağlık müdürlüğüne şikayetler gitti. Müdürlük bize destek çıktı. Biz hala triyaja devam ediyoruz...” (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

Bir aile hekimi, poliklinik yoğunluğu ve diğer aile sağlığı elemanlarının iş yükünün fazla olması nedeniyle triyaj uygulama noktasında zorluk yaşadığını ifade etmiştir.

“...Poliklinik yoğunluğumuz fazla ve hemşire hanımların da yükü fazla olduğu için kendi aramızda triyaj yapmaya çalışıyoruz ama yetişemiyoruz, aktif triyaj yapamıyoruz...” (D10, KADIN, 40 YAŞ)

4.3.4. Başvurular

Pandeminin gelişiyile birlikte, araştırmamıza katılan aile hekimlerinin %25'i, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile hasta kabulüne başlamıştır. Bu sayede beklemlerin azaldığını ve hastalar arasında boşluklar olmasının daha hijyenik bir ortam sağlamak açısından faydalı olduğunu aktarmışlardır.

"...Olumlu uygulama olarak randevu sistemine geçtik bu süreçte. Randevu ile çalışmak mantıklıymış pandemi geçse bile artık bu randevulu sisteme devam edeceğiz. Bize katkısı bu oldu ve böyle bir şeyin yapılabilirliği varmış biz bunu bu süreçte gördük bu bize vesile oldu. İnsanlar polikliniğe gelirken çekingen davrandı ama o randevulu sistemle birlikte insanlar tek gelip tek gittikleri için o endişeleri kalmamış oldu. Hastaların aralarına yarım saat koyduk o sürede içeriği dezenfekte ettik rahat bir şekilde girip çıkabildi herhangi bir problem olmadı..." (D3, ERKEK, 38 YAŞ)

"...MHRS sistemine geçtik bu dönemin bize tek olumlu bir getirisi bu oldu. 15 dk da 1 hasta bakıyoruz. Çoğu kişi çok memnun. Girdiği gibi muayene olup gidiyor. Yeni hasta gelmeden arada odayı havalandırıyoruz. Yine de bebek, gebe ya da yaşlı hastalardan randevusuz gelenler oluyor olanları da geri çevirmiyoruz..." (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

"...ASM olarak randevulu sisteme geçtik. 10 dakikada bir hasta kabul etmeye havalandırmaya dikkat ediyoruz. Randevu almayan hastalar için de ayaktan muayene saatlerimiz oluyor boşluk oldukça da alıyoruz..." (D14, KADIN, 28 YAŞ)

4.3.5. İzlem, Aşı ve Tarama

COVID-19 bulaşma riski nedeniyle gebe, bebek ve çocuk izlemlerine ve aşılarla gelmek istemeyen kişilerle de karşılaşan aile hekimleri olmuştur. Katılımcıların %30'u bu konuda görüş bildirmiştir.

"...Aşılar, gebe ve bebek izlemleri için hastalardan ilk başta gelmek istemeyenler oldu. ASM de çalışan personelimizden pozitif olanlar oldu. Bunun duyulması da gelmemelerine sebep oldu..." (D31, KADIN, 50 YAŞ)

"...Gebe, bebek ve çocuk izlemlerinde hastalar ASM ye gelmek istemedi ancak biz bu izlemleri ve aşılamaları yapmak durumundaydık. Yani bu aşıların ve izlemlerin ertelenmesi mümkün değil. Yapmak zorundayız. Biz

bunları yapmazsak zaten negatif performansa da maruz kalıyoruz...’’ (D15, ERKEK, 38 YAŞ)

’’...Sadece insanlar biraz çekindi, aile sağlığı merkezine gelmeye korktular. Aşı yaptırmak istemeyenler için COVID-19 bahane oldu. Aşı karşıtı olan aileler ciddi manada artmaya başladı. Daha önce 2-3 aile varken şu an neredeyse 10 aileye ulaştı ve bu artarak devam ediyor insanlar önceden aşığı reddetse bile en azından izleme getiriyorlardı. Şimdi izleme bile getirmiyorlar bizim için bir problem bu...’’ (D2, ERKEK, 35 YAŞ)

’’...Bulaş riskinden dolayı hastalar aşığı, takiplere gelmek de istemiyorlardı. Kendimize yarım gün belirleyerek o yarım gün poliklinik yerine sadece bebek, gebe izlemi ve aşı hizmetini verdik...’’ (D30, KADIN, 37 YAŞ)

Katılımcıların %25’i, pandemi sürecinde kanser taramaları, obezite takibi ve kronik hastalıkların takibi gibi konularda aksaklıklar olduğunu aktarmıştır.

’’...Rutin birinci basamak hizmetlerimizde kesinlikle bir aksama olmadı sadece kronik hastalıkları olan hastaların takibi ve kanser taramaları biraz aksadı. Yine kanser taramasında karşılaştığımız risk grubunda olduğunu düşündüğümüz hastaları yönlendiriyoruz. Obezite takiplerimiz eskisine göre biraz daha azaldı...’’ (D20, KADIN, 54 YAŞ)

’’...Kanser taramalarını yapamıyoruz. Bunun için de çok uzun bir süre oldu. Pandemi döneminde ciddi anlamda kanser hastaları atlanacak...’’ (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

’’... Diğer rutin sağlık hizmetlerimizde genel olarak bir aksama olmadı. Sadece kanser taramaları bu süreçte aksamış oldu...’’ (D14, KADIN, 28 YAŞ)

4.3.6. Hastaların Sağlık Hizmeti Alımında Birinci Basamak Israrı

Katılımcı aile hekimlerinin %25’i, hastaların hastanelere göre ASM’leri daha güvenli kabul ettiklerini, sıklıkla ASM’ye başvurmayı tercih ettiklerini söylemiştir. Sevki edilen hastaların da hastaneye başvurmaktan çekindiklerini ifade etmiştir.

’’...Covid olsun olmasın hastaların ilk durağı biziz. Şüphelendiğimiz hastayı sevk ettiğimde direnç ile karşılaştım. Bazı hastalar sevk edilmek istemedi, bazıları korktuğu için gitmek istemedi. Hastalar ASM lerde hemen her

sorununu hastaneye gitmeden çözmeye çalışıyorlar. Yani sevk etmek istediğimizde bile hastaneye gitmek istemiyorlar...’’ (D31, KADIN, 50 YAŞ)

‘‘...Hastaneye yönlendirdiğimiz acil olduğunu düşündüğümüz hastalar hastaneden bulaş olmasından çekindikleri için gitmedi, bu sebepten hastaneye gitmeyip MI geçirip ex olan hastalar olduğunu duyduk...’’ (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

‘‘...İnsanlar hastaneye gitmeye çok korkuyorlar. Hastalar hastanede çözebileceği sorunlarının çözümünü bizde halletmeye çalışıyorlar...’’ (D2, ERKEK, 35 YAŞ)

‘‘.... İnsanlar hastaneye gitmeye çekiniyorlar gitmek istemiyorlar. Mesela Coumadin kullanan hasta covidten korktuğu için aylardır INR baktırmaya gitmiyor. Bir de hastalarda şöyle bir düşünce var covid sadece hastanelerde varmış gibi düşünülüyor...’’ (D20, KADIN, 54 YAŞ)

4.4. PANDEMİ DÖNEMİNDE SOSYAL YAŞANTI

Araştırmaya katılan aile hekimlerine pandeminin sosyal yaşantılarında hekim olmakla ilgili ya da bağımsız ne gibi etkileri olduğu sorulmuştur. Endişe/korku, sosyal ilişkiler, damgalanma, bilirkişilik hizmeti ve bağımlılık başlıkları altında toplanan cevaplar alınmıştır.

4.4.1. Endişe/Korku

Katılımcıların %60’ı, hekim oldukları için hasta olma risklerinin daha yüksek olmasından, ailesine ve sevdiklerine hastalığı taşımaktan duydukları endişeyi aktarmıştır.

‘‘...Doktor olduğumuz, hastalara yakın olduğumuz için ekstra endişelerimiz oldu...’’ (D32, ERKEK, 38 YAŞ)

‘‘...Hekim olmakla beraber can taşıdığımızdan ve çocuklarımız da olduğu için endişemiz ve korkumuz daha yüksek...’’ (D1, ERKEK, 50 YAŞ)

‘‘...Sosyal yaşantımızı tabi etkiledi. Özellikle pandeminin ilk 3-4 ayında acaba mikrop kapar mıyız, eve taşır mıyız, evdeki çocuklara bulaştırabiliriz miyiz diye bunun kaygısını yaşadık. İster istemez bir kaygı bozukluğu yaşadık o

dönemde. Kendi kendimizi terapi ederek zamanla bu kaygı bozukluğu ortadan kalktı. Herkesin yaşadıklarını biz de yaşadık. Hekim olarak da şöyle söyleyebilirim mesela bugün 30-35 hastada en az 3-4 şüpheli hasta geldi. Bu da ister istemez üzerimizde bir stres yaratıyor...’’ (D4, ERKEK, 54 YAŞ)

‘‘...Zaten çok aktif, aşırı gezen bir insan değilim tabii ki kendimizi biraz izole ettik. Çünkü evde yaşlılarımız var biraz ondan korkuyoruz. Maske ile geziyoruz. Olması gereken herkesin uyguladığı tedbirleri uyguluyoruz. Kendimiz için de endişe etsek de en çok korkumuz evdeki yaşlı grup ya da ek hastalığı olanlar için oluyor...’’ (D5, ERKEK, 35 YAŞ)

‘‘...Sosyal yaşantımız kalmadı. Uzun aradan sonra ilk kez mağazaya gittim. Aracım yok, toplu taşımayı elimden geldiğince kullanmamaya çalışıyorum. Evim yürüme mesafesinde. İşe yürüyerek gidip geliyorum. Alışverişimi kısıtlıyorum. Mümkün olduğunca evden işe işten eve gittim ama yine de covid hastalığına yakalandım. Hekim olduğum için de hasta olduğum dönemde de komşularım arkadaşlarım kimse arayıp sormadı. Ben normalde yalnız yaşayan bir insanım ama o süreçte o kadar çok kendimi yalnız hissettim ki...’’ (D6, KADIN, YAŞ 49)

‘‘...Pandeminin yoğun olduğu mart ayında eve girerken evdeki herkeste bir tereddüt oluyordu. Kıyafetlerimi başka bir odada çıkartıp üzerine dezenfektan sıkıyordum ve hemen duşa giriyordum. Annem ve babam gibi yaşlıların yanına uzun süre gitmedim. Kendimi potansiyel bir kontaminasyon kaynağı gördüğüm için insanlardan uzak durdum...’’ (D9, ERKEK, 52 YAŞ)

‘‘...Hekim olarak çalışıp riskli bir meslek grubu popülasyonunun üyesi olarak burada hastalık kapıp sevdiklerime bulaştırma korkusuyla diğer bütün meslek gruplarındaki insanlardan daha fazla hassas davranmam gerekti. Özellikle ailemin, akrabalarımın, sevdiğim insanların sağlığını korumak adına ciddi bir çabaya girdim bu çaba ben de beraberinde bir anksiyete oluşturdu. Doğal olarak herkes kadar bizde etkilendik ama hekim olmanın verdiği artı bir anksiyete yaşadım...’’ (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

4.4.2. Sosyal İlişkiler

Araştırmaya katılan tüm aile hekimleri, sosyal yaşamlarında büyük değişikliklere yol açan pandeminin aile ve arkadaş ortamlarında oluşturduğu etkileri anlatmışlardır.

“...Ailemle görüşemiyorum. Anne babamın yaşları ileri olduğu için onların yanına gidemiyorum...” (D7, ERKEK, 31 YAŞ)

“...Eşim gebeydi mayıs ayında bebeğimiz oldu pandemi bizi çok tedirgin etti. Yeni doğan bebeğimi kucağıma alırken bile zorluklar yaşadım...” (D27, ERKEK, 37 YAŞ)

“...Pandemi evliliğimle ilgili beni etkiledi. Düğünümüzü ertelemek durumunda kaldık. Hayalimizdeki gibi olmasa da kimseyi riske atmayı istemedik. Ciddi olarak kurallara uyulan bir organizasyonla evlendik. Sosyal hayatımda beni en çok etkileyen bu oldu diyebilirim...” (D36, ERKEK, 31 YAŞ)

“...Sosyal hayatım çok ciddi anlamda geriledi. Eskisi gibi değil. Eskiden görüştüğüm bir araya geldiğim sevdiklerimle, aile bireylerim ile görüşmedim hala da görüşmüyorum. Çok uzak mesafeden görüşüyorum. Bütün bunlar beni tabii ki diğer bütün meslektaşlarım gibi bir yalnızlığa hatta belki depresyona itti. Neticede sosyal olarak kendimi çok yalnız, mutsuz hissettim. Olumsuz bir yaşam dönemindeyim...” (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

“...Arkadaş çevremizle görüşmüyoruz. Çok özlediğimiz için açık alanda yeni yeni görüşmelere başladık. Kapalı ortamlara girmiyoruz. Kimsenin vebaline girmek istemiyoruz diye misafirlik de bitti. İzoleyiz...” (D31, KADIN, 50 YAŞ)

“...Dışarıda arkadaşlarla buluşmaların yerini daha çok evde vakit geçirme, internet üzerinden arkadaşlarla toplantılar, görüşmeler yapmak aldı...” (D35, KADIN, 42YAŞ)

“...Sosyal yaşantımda kendime izolasyon uyguluyorum. Komşularla birbirimize gidip gelmiyoruz. Tamamen sosyal hayattan kopmak gerçekten zor. Yine açık havada bir iki tane yakın arkadaşım ile görüşmeye devam ediyorum. İnsan ruhen de buna ihtiyaç duyuyor. Sürekli COVID-19 düşünerek yaşamak insana ruhen zarar veriyor. Olabildiğince kendimizi

koruyarak karşı tarafı da koruyarak hayatımıza devam ediyoruz...” (D20, KADIN, 54 YAŞ)

4.4.3. Damgalanma

Katılımcıların %30'u, meslekleri nedeniyle toplum içinde riskli grup olarak etiketlendikleri için sosyal yaşantılarında farklı sorunlarla karşılaşmıştır.

“...Sağlık çalışanı olduğumuz için çocuğumuzun bakıcısı bıraktı. Temizliğimize gelen kişiler bıraktılar ciddi sıkıntılar yaşadık...” (D40, KADIN, 43 YAŞ)

“...Bakıcımız ayrılmak istedi. Sonra bir şekilde anlaştık. O dönemde esnek çalışma olduğu için o sayede biraz rahatladık o esnek çalışma durumu bizim için önemliydi...” (D14, KADIN, 28 YAŞ)

“...Eşim bir dönem çalışmaya başladı. O çalışırken çocuklara bakıcı bulamadık covid nedeniyle. Doktor olduğumuzu da duyduğu için gelmek istemediler. Bu anlamda bizim için ciddi manada sorun oldu...” (D2, ERKEK, 35 YAŞ)

“...Bakıcımız bizi doktor olduğum için terketti. Çoğu hekim arkadaşlarımın da başına bu geldi. Bu dönemde en büyük sıkıntı çocuklu olan sağlık personellerinde çocuğa kim bakacak, nasıl bakacak sorunuydu. Bulmak için de çok uğraştık. Doktor olduğum için baştan kabul etmediler. Biz de en son yatılı bakıcıya geçtik. Sosyal hayatımızdaki en büyük sıkıntıyı biz çocuğun bakıcısı konusunda yaşadık...” (D3, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Dışarıda karşılaştığımız insanlar bir iki adım geride duruyor tabii yüzlerinde o endişe görülüyordu. Bunu da normal görüyorum. Özellikle ilk başlarda hastalık çok bilinmiyordu. Bir şeyleri öğrendikten sonra bizlere karşı da yumuşadıklarını düşünüyorum. Mesela çocuğumu okula gönderince eşim de ben de sağlık çalışanıydık dediğimde bakış açıları bir farklı oluyor. Onu hissediyorsunuz...” (D8, ERKEK, 36 YAŞ)

“...Sosyal yaşantımda pandeminin ilk başlarında komşularımız bizden kaçarak yaşadılar. Onlar evdeydi biz çalışmak için dışarı çıkıyorduk. Ama daha sonra herkes gevşedi onlar daha tehlikeli biz daha korunaklı olduk.

Komşularımızla sitenin bahçesini bile dönüşümlü kullandık...” (D37, KADIN, 37 YAŞ)

4.4.4. Bilirkişilik Hizmeti

İki aile hekimi, COVID-19 hakkında sahip olduğu bilgileri çevresindeki insanlara aktarma noktasında liderlik eden kişi rolünde olduğunu vurgulamıştır.

“...Muayene, tedavi gibi hekimlik uygulamalarının yanında her ortamda iletişim halinde olduğum herkese tedbirler konusunda hatırlatmalar yaptım. Bence bu hastalığı bilmek ve anlamak anksiyeteyi azaltmaktadır...” (D22, ERKEK, 55 YAŞ)

“...Hekim olduğum için 7/24 telefonum susmadı beni tanıyanlar da telefonumun olduğu kimi hastalar da bana sürekli pandemi dönemindeki bütün medikal yönleriyle COVID-19 hastalığı ile ilgili sorular yönlendirildi. Gece gündüz bu sorulara maruz kaldım. Çok yoğun bir dönemim oldu. Hala da devam ediyor eskisi kadar yoğun olmasa da...” (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

4.4.5. Bağımlılık

Araştırmaya katılan aile hekimlerinden ikisi, pandeminin sosyal yaşantıda oluşturduğu bir diğer etki olarak internet ve sosyal medyanın eskiye göre daha yoğun kullanılmasından, bağımlılık boyutuna ulaşan etkilerinden bahsetmişlerdir.

“...Telefonlara daha bağımlı olduk. Sürekli bir araştırma hali. Orada ne var, burada ne var diye. Şu an biraz daha iyiyiz. İlk zamanlar kafamız bayağı karıştı, demoralize de olmuştuk. Medya olsun, whatsapp grupları olsun, bakanlığın sitesi olsun, farklı yayınlar olsun sürekli yeni bir şeyler çıkıyor. Takip etmek zorundasın. Sonra biz de biraz daha rutine bağladık herhalde. Bu duruma alışmaya başladık...” (D10, KADIN, 40 YAŞ)

“...Okulların kapanmasının evde getirmiş olduğu bazı problemler oldu tablet bağımlılığı gibi...” (D9, ERKEK, 52 YAŞ)

4.5. GENEL SAĞLIK POLİTİKALARINA YÖNELİK TAVSİYELER

Pandemi döneminde uygulanan genel sağlık politikalarını değerlendiren aile hekimlerine, uygulanan genel sağlık politikalarında ne gibi iyileştirmeler yapılabileceğine dair görüşleri ve tavsiyeleri sorulmuştur. Katılımcıların cevapları;

kısıtlamalar/yasaklar, maddi konular, durum raporu/ulusal bilgilendirme ve COVID-19 testleri olmak üzere 4 ana başlıkta toplanmıştır.

4.5.1. Kısıtlamalar/Yasaklar

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %55'i, pandemide uygulanan kısıtlama ve yasaklarda gördükleri eksikliklerin giderilmesine yönelik neler yapılabileceğine dair görüşlerini beyan etmişlerdir.

“...AVM'ler daha erken kapatılabilirdi. Okullar açılmasa daha iyi olurdu. Restoran, kafe gibi alanların sosyal mesafe sağlanmasına rağmen açılmaması iyi olurdu. Kargo hizmetiyle eve sipariş hizmeti ile hizmet vermeleri daha iyi olurdu. Toplu taşımaların da sıklaştırılıp büyük otobüsler yerine küçük minibüslerle daha az kişi taşınması daha iyi olurdu...” (D3, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Hasta olan kişilere oksijen sensörlü akıllı bileklik takardım. Çok da pahalı değil. Türkiye'de de ciddi üreticileri var. Ortamını terk edince uyarı veren, oksijenizasyon 90 altına düşünce uyarı veren bileklikler takılabilirdi. Hastaya da belli bir ücret karşılığında kiralanırdı. Hizmet bitiminde yarısı da geri iade edilirdi. Sonra da UV ile sterilize edilir bir sonraki hastalara verilirdi. Karantinaya giren bütün hastalara da temaslara da uygulanabilirdi. Telefonla arayıp evde mi değil mi ile yapılabilecek bir şey değil bence. Adam kahvede ben evdeyim diyebiliyor. Dalga geçen, aradığımız için rahatsız olan kişilerle muhatap olmazdık. Yani hastalarla bu kadar yüz göz olmazdık. Sağlık hizmeti sunulan bir hizmet değil talep edilen bir hizmettir. Zorla kimseye sağlık hizmeti verilmez. Sağlık hizmeti nitelikli bir hizmettir. Biz sağlık hizmetini ele ayağa düşürdük...” (D17, ERKEK, 45 YAŞ)

“...14 günlük kesintisiz ve yaşa bakılmaksızın evden çıkma yasağı uygulansaydı bu pandemiyi daha kolay atlatabilirdik...” (D27, ERKEK, 37 YAŞ)

“...Covid ilk çıktığındaki ülkede ilk 15 günde giriş çıkışlar erkenden kapatılsaydı. Sokağa çıkma yasakları, karantina direkt olarak başlasaydı. Belki o şekilde baş edilebilirdi. Şimdi yarım yamalak önlemler var...” (D31, KADIN, 50 YAŞ)

“...Bu hastalıkta yaşlılar daha çok etkilenecek şeklinde bir imaj oluşturuldu ama bu hastalığı en çok taşıyan gençler. Gençlere daha sonra ağırlık verildi. En baştan beri yasak verilmesi gereken onlardı. Şu anda da görüyoruz kafeteryalarda gençlerin hepsi maskesiz...”(D38, ERKEK, 47 YAŞ)

“...Denetim daha sıkı olabilir. Kısıtlamalara tam olarak uyulabilseydi daha iyi olurdu. Temaslı hastalarımız da ASM’ye gelebiliyor. Karantina sürecinde kesinlikle evde olması gerekiyor ama muayene için buraya geliyorlar. Orda da bakanlığımızın temaslı ve pozitiflere elektronik kelepçe ile onları denetleyen bir sistemi uygulaması gerektiğini düşünüyorum. İmam, öğretmen, muhtar gibi kişilerden oluşan 3-4 kişilik bir ekip oluşturulup denetim yapılıyor bu iyi bir uygulama ama tabii yetersiz kalabiliyor...” (D25, ERKEK, 28 YAŞ)

“...Kararlar alınıyor ama uygulanmıyor. Covid pozitif hastaların pek çok kez dışarıda olduğunu gördük. Sağlık çalışanların da bile bunu yapanlar oldu. Sıkı önlemler alınmalı, denetlenmeli...” (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

“...Normalleşme bu kadar hızlı olmasa, kısıtlamalar daha yavaş kaldırılrsa daha iyi olabilirdi...” (D28, ERKEK, 48 YAŞ)

“...Kısıtlamaları daha sıkı tutarak, biraz daha uzun zamana yayarak kademeli bir geçişle gevşeyebilirdik böylelikle şu anki 2. pikimiz olmazdı diye düşünüyorum...”(D19, ERKEK, 43 YAŞ)

4.5.2. Maddi Konular

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %50’si, maddi konularda kendilerini kapsayan sağlık politikalarında yapılabilecek düzenlemeler için çeşitli fikirler sunmuştur.

“...Aile hekimleri olarak maddi konularda motivasyonları kırıldı. Verilecek mi verilmeyecek mi biz kendi maaşımızdan fazlasının bir kurşunu istemiyoruz. Ekstradan bir şeyler yaptık şu parayı da alalım demiyoruz. İşimiz bu sonuçta yapacağız. Maddi konularda çok kırıldım eminim hekim arkadaşlarda kırılmıştır. Bakanlığın öyle açıklama yapmasına bile gerek olmadığını düşünüyorum. Verildikten sonra söylenebilirdi. Şunları yapın para vereceğiz şeklinde yapılması doğru değildi. Para konusundan önce de işimizi

yapıyorduk sonra da yapıyoruz. Hak ediyoruz diye düşünyorum...” (D8, ERKEK, 36 YAŞ)

“...Aile hekimlerinin ek ödeme konusu çok can sıkıcı oldu. Benim üzüldüğüm şey neden ek ödeme alamadığımız değil. Ek ödeme veriyoruz hatta miktar telaffuz edilerek 3000 lira veriyoruz aile hekimlerine şeklinde medyaya bilgi verilmemeliydi. Bütün halk pandemide aylık net 3000 lira ek para alıyoruz zannediyor şu ana kadar hiçbir ödeme almadık...” (D20, KADIN, 54 YAŞ)

“...Aile hekimlerine Sağlık Bakanlığı'nın bir personelini değilmiş gibi davranılıyor. Sadece parasal anlamda değil, idari anlamda da yalnız bırakıldık desteklendiğimizi hissetmedik. Sürekli olarak bizim aldığımız cari ödeneği başa kakma durumu var. Malzeme fiyatları ciddi anlamda arttı cari hesap yetmez oldu. Yalnız bırakılmışlık kadar kötü bir his yok. Sağlık Bakanlığı kimseye ek ödeme yapmasaydı bu kadar alınmazdık. Hiç kimseye verilmeseydi zaten kimsenin de zaten böyle bir talebi de yoktu...” (D2, ERKEK, 35 YAŞ)

“...Kısıtlı imkânlarla çalışan insanların imkânlarını arttırmanız gerekir. Devletin bütçesi, parası bu işler için lazım. Tedavi edici kurumları el üzerinde tutup aile hekimlerini ayrı tutmak doğru değil. Kıstas yapmak istemiyorum ama devletin harcamaları için ASM'lere hiç ek ödeme sunmamış olması üzücü. Covidle en çok mücadele edebilecek yerler bence birinci basamaktır...” (D34, ERKEK, 43 YAŞ)

“...Birinci basamaktaki aile hekimlerinin de düşünülmesi maddi olarak bir şekilde ödüllendirilmesi bizim mesleki performansımızı motivasyonumuzu olumlu yönde etkilerdi. Belki şu ankinden çok daha efektif hizmet verebilirdik. Mutlu hizmet veren sağlık çalışanları olurduk. Bu konuda hala ihmal edildiğimizi düşünüyorum...” (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

4.5.3. Durum Raporu ve Ulusal Bilgilendirme

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %25'i, COVID-19 pandemisinde yapılan ulusal bilgilendirme konusunda tavsiyelerde bulunmuştur.

“...Vaka sayıları daha net açıklansaydı belki insanlarda daha çok bilinç oluşabilirdi. Hastalar bize geldiğinde bu civarlarda covid hastası var mı diye

bile soruyor yani durumun ciddiyetinin farkında değiller...’’ (D14, KADIN, 28 YAŞ)

‘‘...Bence biraz daha şeffaf olursa bilgiler doğru paylaşılsaydı daha iyiydi. Belki insanlar gerçek sayıları bilseydi daha tedbirli olurlardı...’’(D31, KADIN, 50 YAŞ)

‘‘... Halk gibi bizim de vaka sayılarının şeffaf olup olmadığı ile ilgili soru işaretlerimiz var. Bu konuda daha net olunması daha iyi olurdu, halk da durumu daha fazla ciddiye alabilirdi...’’ (D16, KADIN, 36 YAŞ)

‘‘...Görsel medya ve uyarılara rağmen maske takmayı öğretemedik. Halkımız da kapalı eğitime. Televizyon ve sosyal medyadaki COVID-19’a yönelik eğitimler ve videolar çok daha fazla olmalıydı...’’ (D37, KADIN, 37 YAŞ)

‘‘...COVID-19 pandemisi, hastalıktan korunma konularında halkın daha iyi bilinçlendirilmesi gerekiyordu...’’ (D4, ERKEK, 54 YAŞ)

4.5.4. Covid Testleri

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %12,5’i, vatandaşa uygulanan COVID-19 testlerin artırılması, belli sektörlerde COVID-19 taramaları yapılması yönünde görüşlerini aktarmıştır.

‘‘...Özellikle kış döneminde solunumsal hastalıklar çok artacağı için belli merkezler kurulabilir. Bu merkezlerde ÜSYE şikayetleriyle gelen herkese covid için test yapılmalı bence. Pozitifler ayrılıp negatifler aile hekimine gelebilir. Çünkü tüm hastalar bize geliyor...’’ (D29, KADIN, 34 YAŞ)

‘‘...Test kriterleri daha farklı olsaydı, keşke herkese test yapılabilseydi...’’ (D10, KADIN, 40 YAŞ)

‘‘...Sağlık çalışanına tarama yapılmalıydı ancak sağlık çalışanları bu konuda göz aradı edildi. Sen hasta olsan da sana ihtiyacım var çalış denildi. Bu da yanlış bir şey aslında ben şuna çok üzüliyorum. Türkiye’de futbol o kadar önemli ki futbolculara haftada 2-3 kere test yapılıyorken sağlık çalışanlarına böyle bir hizmet verilmedi...’’(D17, ERKEK, 45 YAŞ)

“...Sağlık personellerine düzenli olarak COVID-19 testi yapılmalı. Hatta diğer hizmet sektöründe olanlara da bu testler belli aralıklarla yapıp tekrarlanmalıydı...” (D9, ERKEK, 52 YAŞ)

“...Bulaştırıcılığın fazla olduğu hizmet alanlarına, çalışanlara yönelik tarama testleri yapılarak genel bir politika geliştirilebilir...” (D28, ERKEK, 48 YAŞ)

4.6. AİLE HEKİMLERİNİN PANDEMİYLE MÜCADELEDEKİ ROLÜNE YÖNELİK TAVSİYELER

Araştırmaya katılan aile hekimlerine, pandemi ile mücadeledeki rollerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için önerileri sorulmuştur. Birinci basamağın temsili, birinci basamağın etkili kullanımı ve koordinasyon konularında tavsiyeleri olmuştur.

4.6.1. Birinci Basamağın Temsili

Katılımcıların %17,5’i, aile hekimlerinin pandemi sürecindeki belirsiz rol dağılımından duydukları rahatsızlığı anlatmış, birinci basamağa pandemiyle mücadelede daha fazla değer ve etkin bir rol verilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

“...İlk günden itibaren algoritmalara bizi de dahil etmeleri gerekiyordu. Bizi temsil eden federasyonlar var bunlardan insanların da bilim kuruluna dahil edilmesi gerekirdi. Pandemi süresinde koruyucu hekimlik de gerekirken daha çok intaniyeciler ön plana çıktı...” (D30, KADIN, 37 YAŞ)

“...Bilim kurulunda bir aile hekiminin olması, sahada çalışan birilerinin sorunlarının dinlenmesi sağlanıp neler yapılması gerekiyor bu konuyla ilgilenilebilirdi. Onlarla ilgili derneklerle görüşülebilirdi. Onların önerileri ile hareket edilebilirdi...” (D35, KADIN, 42 YAŞ)

“...Bilim kurulunda aile hekimlerinin penceresinden bakılması için, bilim kuruluna aile hekimlerinden birinin de dahil edilmesi daha iyi olurdu...” (D14, KADIN, 28 YAŞ)

“...Aslında birinci basamak olarak filyasyonda ana noktayız. Tam ortasındayız merkezindeyiz ve bu anlamda da bizlerle irtibat halinde oldular ama bizlerin görüşleri sorulmadı. Bizler de sahada ne olduğumu ne bittiğini bilerek bakın şöyle sıkıntılarımız var bununla ilgili önlemler alın diyemedik.

Bu anlamda bizim görüşlerimiz sorulmadı aslında en önemli şey pratik anlamda o an yaşayan bilir anlamında düşünüp bizlere sorulması bizlerin görüşünün alınması gerekirdi. Sahayı bilmeyen saha ile ilgili kararlar aldı bu dönemde. Yani özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsediyorum. Bizlerin bu anlamda daha fazla görüşüne başvurulabilirdi dikkate alınabilirdik ve çok da fazla yönetsel anlamda katkımız faydamız olurdu diye düşünüyorum. O anlamda dediğim gibi şöyle olsaydı daha iyi olurdu dediğim noktaların bir tanesi de bu. Bizlerin bu anlamda daha söz sahibi daha yetkin sağlık çalışanları olarak görmeleri gerekirdi görselerdi çok daha iyi olurdu. Birtakım kararlar alıyorlar uygulayın deniyor ama sahayı bilmiyor. Bizlerle sürekli fikir alışverişinde olursa bu pandemi sürecini birinci basamak sağlık hizmetleri adına çok daha efektif halde yönetebilirdik diye düşünüyorum...’’ (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

‘‘...Birinci basamak olarak pandeminin dışında tutulduğumuzu ama aslında hastaların ilk olarak başvurduğu yerlerden biri olarak pandeminin merkezinde olduğumuzu düşünüyorum. Aile hekimliğini pasifize ettiler. Covid merkezleri olarak hastaneleri açtılar ama aslında hastalar öncelikle aile hekimlerine geliyorlar...’’ (D33, KADIN, 60 YAŞ)

‘‘...Bize biçilen rol telefonla aramaktı. Bu mücadeleye, bilime nasıl bir katkı yapacaktı ki herhangi bir sekreter de arayıp nasılsınız diyebilirdi. Pandeminin başından beri tüm aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları dışlandı, öteleştirdi. Pandemiyle mücadelede aile hekimlerine gereken değer ve etkin bir rol verilse daha iyi olurdu diye düşünüyorum...’’ (D24, ERKEK, 42 YAŞ)

‘‘...Pandemi sürecinde birinci basamağın rolü bence çok önemli. Bu hastalık açısından en önemli şeyin önlemler olduğunu biliyoruz. Birinci basamak olarak yapabileceğimiz şeyler sınırlı ama en azından insanları bilgilendirerek ve eğiterek bunu yapabiliriz. Birinci basamağın salgının yayılmasını önlemedeki merkezi rolü ön plana çıkarılmalı diye düşünüyorum...’’ (D7, ERKEK, 31 YAŞ)

4.6.2. Birinci Basamağın Etkili Kullanımı

Katılımcıların %10'u, pandemiyle mücadele ederken aile hekimlerinin poliklinik yapmaktan çok koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olması gerektiğini vurgulamıştır.

“...Birebir covid pozitif hastalara maruz kalıyoruz. Sanki hiç covid pozitif hasta muayene etmiyormuş gibi ASM'ler pandemiyle mücadelede hiç yokmuş gibi bir tavır alınıyor. Ama hastalar ilk önce birinci basamağa geliyor, hastaneden korktukları için de bizi tercih ediyorlar. Pandemi sürecinde koruyucu hekimliğin önemi daha iyi bilinmeli...” (D6, KADIN, YAŞ 49)

“...Koruyucu hekimlik birinci basamağın görevi. Pandemi sürecinde aile hekimlerine daha çok kıymet vermeleri gerekiyor. Tedaviye odaklı bir sistemimiz olduğu için maalesef yeterli değeri göremiyoruz...” (D30, KADIN, 37 YAŞ)

“...Aile hekimi olarak pandemi sürecinde ASM'de poliklinik hizmeti vermememiz sadece rutin koruyucu hizmet vermemiz gerekiyordu. ASM'de herhangi bir gebe ya da bebeğin covid olması ciddi sıkıntı oluşturur...” (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

“...Koruyucu hekimlik için gelen hasta ile muayene olmak için gelen hastanın aynı zamanlarda ASM'ye başvurmaması için müdürlüğün desteği sağlanabilirdi. Yaptığımız aşı ve izlem günü uygulamalarına hastalarımız daha uyumlu olabilirdi...” (D7, ERKEK, 31 YAŞ)

4.6.3. Koordinasyon

Katılımcıların %12,5'i, aile hekimlerinin diğer sağlık kurumlarıyla olan iletişimsizliğinin üzerinde durarak bu husustaki önerilerini aktarmışlardır.

“...Birinci basamak ve diğer kurumlar arasında test açısından bir iletişim sağlanabilirdi. Bilgi akışı da çok kötü bu konuda. Tamamen birbirinden bağımsız hareket etti. Yönlendirdiğimiz hastalardan test yapılmayan pek çok hastamız oldu. Bununla alakalı çok sıkıntı yaşadık. Hastayı biz test için ikinci ve üçüncü basamağa gönderdiğimizde hasta bize geri geldi. 2 gün sonra tekrar ağırlaşır test yapılar pozitif çıkan hastalar oldu...” (D15, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Aile hekimlerinin yönlendirdiği hastalara sorgusuz test yapılması iyi olurdu. Ben burda 28 yıldır hekimlik yapıyorum. Ben bir hasta gönderiyorsam ona test yapın. Yani sonuçta bizler de herkesi yönlendirmiyoruz...” (D21, ERKEK, 52 YAŞ)

“...Pandemide sağlık sektöründeki kurumlar arasında çok iyi bir iletişim ağı olması lazım...” (D33, KADIN, 60 YAŞ)

“... Semptomu olan hastaları güvenle sevk edeceğimiz geri döndürülmeyecek yer neresi covid hastanesi olan tanı tedavi yapılacak olan yer neresi erkenden en başından bizlere de bildirilebilirdi. Şüphelenip gönderdiğim hastanın dolaşmaması gerekiyor...” (D36, ERKEK, 31 YAŞ)

“...Sevk zincirini daha aktif kullanabilirdik bu dönemde. Mesela bir hasta geldi şüpheli COVID-19. Ben onu gönderdiğim zaman o hastaya test yapıldığından emin olabilseydim daha iyi olurdu çünkü şüpheli olarak gönderdiğimiz çoğu hastaların test yapılmadan geri gönderildiğini görüyoruz. O bir sıkıntı bizim için. Ben gönderiysem şüphelenip göndermişim hastayı. Gönderdiğim hasta bana test yapılmadan geri gelebiliyor. Bu da hem bizim maruziyetimizi arttırıyor hem de izole edilmediği için daha çok insana bulaştırıyor...” (D12, KADIN, 34 YAŞ)

4.7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİN İŞLEYİŞİNE DAİR TAVSİYELER

Aile hekimlerine yöneltilen bir diğer soru pandemi döneminde rutin birinci basamak sağlık hizmetlerin işleyişine dair tavsiyelerinin neler olduğudur. Hekimlerin yaşadığı sorunlara çözüm önerileri olarak gelen cevaplar; randevu sistemi, fiziki şartlar, test imkânı, rehber/algorithm ve inisiyatif başlıklarında toplanmıştır.

4.7.1. Randevu Sistemi

Katılımcıların %55’i, poliklinik hizmetlerinde randevulu sisteme geçilmesinin hizmet veriminde katkı sağlayacağını belirtmiştir.

“...MHRS’yi uygulayabiliyor olsak sorunların bir miktar çözüleceğini düşünüyorum. Ancak hasta popülasyonumuz okur yazarlığı düşük olan hasta

grubu. Randevulu sistemi uygulamaya geçirmemiz henüz mümkün değil maalesef...’’ (D7, ERKEK, 31 YAŞ)

‘‘...Tüm ASM’ler tam gün olarak her türlü hizmet ve muayene için MHRS sistemine geçerse rutin verilen sağlık hizmetleri de çok daha verimli olur...’’ (D24, ERKEK, 42 YAŞ)

‘‘...Birinci basamağı çok gereksiz kullanan, gereksiz tahlil ve ilaç yazdırma isteği ile gelen vatandaşlarımız var. Onların önüne geçmek adına düzeltmeler yapılırsa daha iyi olurdu. Günlük poliklinik sayısı kısıtlanabilir, randevulu sistem harici başvuru olmamalı...’’ (D28, ERKEK, 48 YAŞ)

4.7.2. Fiziki Şartlar

ASM’nin fiziki yapısının COVID-19’dan korunma önlemlerine uygun olmadığını belirten aile hekimlerinden %25’i, fiziki koşulların iyileştirilmesi noktasında çözüm önerileri sunmuştur.

‘‘...Bizim fiziki şartlarımız fena değil diğer ASM’lere bakılırsa. Triyaj odası yapmaya çalıştık buraya özel mülk olduğu gibi davranıldığı için müdürlük biraz siz yapına getirdi işi. Bu konuda biraz bize destek verilseydi hastalar için triyaj odası yapabilseydik iyi olurdu. Belediyeler bize büyük şemsiyeler verdi fakat bunları da zorlanarak aldık. Müdürlük bize bu konuda biraz yardımcı olsaydı iyi olurdu açıkçası diye düşünüyorum...’’ (D8, ERKEK, 36 YAŞ)

‘‘...Aile sağlığı merkezlerinin mimari yapıları ve yerleşimleri göz önüne alınarak hastaların bekleme alanlarının hem bulaşı önleyecek hem de beklemeyi kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi iyi olurdu...’’ (D22, ERKEK, 55 YAŞ)

‘‘...ASM’nin fiziki şartları, ASM’nin havalandırması, hastaların bekleme alanlarının yetersizliği gibi konularda çoğu hekim sorun yaşıyor. Bunlara yönelik çözümler bulursa daha iyi olur...’’ (D5, ERKEK, 35 YAŞ)

‘‘...Keşke her ASM’nin önünde ayrı bir kabin olsa da ateşi olan semptomlu hastaya orada bakabilsek. Ben kendi imkanlarımla girişte hastaların bekleyebileceği elektrikle ısıtılmalı olacak şekilde uygun bir alan yaptırıyorum. Belediye bazı kişilere bu dönemde yardımda bulunmuş gölgelik vermiş ama

yağmurdan korur ancak bu soğuktan korumayacaktır. Keşke bu eksikliklerimiz devlet tarafından karşılsaydı...’’ (D3, ERKEK, 38 YAŞ)

4.7.3. Test İmkânı

Katılımcıların %10’u, COVID-19 hastalığı açısından şüpheli görerek sevk ettikleri hastalara test yapılmama sorununa çözüm olarak, testlerin ASM’lerde de yapılması ya da sadece test yapılmak üzere kurulmuş merkezlere hastanın yönlendirilmesi şeklinde öneriler sunmuştur.

‘‘...ASM’lerde de COVID-19 testini yapabileceğimiz koşullar sağlanmalıydı...’’ (D9, ERKEK, 52 YAŞ)

‘‘...ASM olarak yönlendirdiğimiz hastalar için test birimleri kurulabilirdi. Birkaç ASM’nin bağlı olduğu test birimleri olabilirdi. Böyle birimler oluşturarak hastanedeki yoğunluğu da azaltarak daha fazla test yapılabilirdi...’’ (D15, ERKEK, 38 YAŞ)

‘‘...Covid olduğundan şüphelendiğimiz hastaları yönlendirdiğimizde test yapılmama sorununa çözüm olarak hastaları sadece test yapılmak üzere oluşturulan merkezlere göndermemiz daha iyi olabilirdi. Ya da ASM’de görevlendirilecek bir ekip tarafından ASM’de belirlenen şüpheli hastalara test yapılabilirdi...’’ (D34, ERKEK, 43 YAŞ)

‘‘...Ben ilçede çalışıyorum. Sevk ettiğim hastaların Adapazarı merkeze gidip covid testi yaptırması çoğu kişi için zorlu olabiliyor. Bu hastaları ilçede bulunan TSM gibi bir merkeze yönlendirip test aldirabilseydik belki daha iyi olabilirdi...’’ (D11, KADIN, 39 YAŞ)

4.7.4. Rehber/Algoritma

İki katılımcı, pandemi döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerini verirken yararlanacakları rehber ve algoritmaların aile hekimlerine yönelik olarak hazırlanmasını, daha ayrıntılı içeriğe sahip olması gerektiğini vurgulamıştır.

‘‘...Yolumuz ile ilgili sıkıntımız var. Aile hekimine yönelik algoritmalar ile ilgili sıkıntılar yaşadık. Uzun zaman sonra ilk defa pandemi ile karşılaştığımızdan dolayı nasıl bir yol izleyeceğimizi bilmedik belki de. Aile hekiminin izleyeceği yol daha iyi anlatılmalı, rutin ve düzenli bir sistem içinde algoritmaya dahil edilmeliydik...’’ (D18, KADIN, 33 YAŞ)

“...Rehberde her şey net değildi belki biraz daha ayrıntılı olabilirdi. Tedavi sonrası ne olacak, komplikasyonları da anlatan bilgilendirme olabilirdi. Aile hekimlerine özel biraz daha ayrıntılı bir rehber oluşturulabilirdi. Kendi çabamızda bir şeyler öğrenmeye çalışıyoruz...” (D12, KADIN, 34 YAŞ)

4.7.5. İnisiyatif

Bir aile hekimi, pandemi sürecinde ASM’de verilecek hizmetin verimliliğini arttıracak gerekli kararları kendisinin alabilmesinin üzerinde durmuştur.

“...Pandemi dönemindeki işleyişte biz aslında yine triyajımızı yapıyoruz, bebek ve gebeleri aldığımız günü ayırdık. Bir de şunu yapmayı isterdim ben gereksiz tetkiklerin ve gereksiz başvuruların önüne geçilebilmesi adına sistem biz aile hekimlerinin biraz daha işleyişle ilgili inisiyatif sahibi olmasını sağlayabilirdi. Bizim inisiyatifimizden kastettiğim şu; biz hastalar gereksiz yere buraya geldiğinde mesela bir check-up başlığı altında tahlile gelen hastaları geri gönderebilmeliyiz...” (D19, ERKEK, 43 YAŞ)

4.8. UYGULAMA/İŞLEYİŞ PLANINA DAİR TAVSİYELER

Katılımcılara pandemideki aile hekimliği uygulamaları ve birinci basamak sağlık hizmetleri işleyişine yönelik tavsiyeleri sorulmuştur. Katılımcıların yalnızca %55’i bu konudaki fikirleri sunmuştur. Verilen tavsiyeler, aile hekimliği uygulamaları, eğitim, raporlar, kişisel koruyucu ekipman, görev dağılımı ve entegrasyon başlıkları altında toplanmıştır.

4.8.1. Aile Hekimliği Uygulamaları

Araştırmaya katılan aile hekimlerinden %17,5’i, pandemide aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesi için çeşitli önerilerini dile getirmiştir.

“...COVID-19’un ne kadar süreceğini bilmiyoruz. Kanser taramalarının daha aktif bir şekilde yapılması gerektiğini düşünüyorum. Kronik hastalıkları olan hastaların takibi ve kanser taramaları konusunda aksaklıkların önüne geçilecek uygulamalar getirirdim...” (D20, KADIN, 54 YAŞ)

“...Öğleden sonra da laboratuvar hizmeti verilmesini sağlardım. Bizim için biraz daha rahatlatıcı olabilirdi. Daha genişlemiş oluruz...” (D2, ERKEK, 35 YAŞ)

“...Uygun triyaj koşulları yaratıp testlerin ASM’de yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlemeler yapardım...” (D21, ERKEK, 52 YAŞ)

“...Zatürre ve grip aşuları için belirli bir üs kurulsaydı insanlar orada aşı olmaya gitseydi aşı aktarımı da tek bir yere olacağı için gelen hasta geri çevrilmemiş olurdu. Kesintisiz bir şekilde aşı yapılmaya devam edilirdi. Çünkü bizim elimizde bitince gelen hastaları geri çevirmek zorunda oluyoruz...” (D5, ERKEK, 35 YAŞ)

“...Sistemin pandemiden sonra güncellenmesi gerektiğini düşünüyorum. Bakanlığın aile hekimliğine yönelik politikasının değişmesi lazım. Nüfusumuz çok fazla ona rağmen iş gücü her geçen gün artıyor...” (D7, ERKEK, 31 YAŞ)

“...Mobil hizmetinin bu dönemde hiçbir getirisi olmadığı gibi ciddi zararlara sebep olabilir. Köyde muayene yaptığımız kahvede, camide hasta mahremiyetinin olmadığı bu tarz yerlerde birbirine bulaş olma ihtimali de çok yüksek. Müdürlük ağustos ayına kadar gitmeyin denetim yapılmayacak demişti ama bakanlık bize pandemi döneminde mobil hizmete gitmeyin demedi. Sıkıntılı bir ortamda, risklerle muayene yapılıyor. Ya hiç gidilmemeli ya da gidilse de hasta muayene edilmemeli...” (D13, ERKEK, 33 YAŞ)

“...Köy hizmetlerine ara verirdim. Çünkü biz ASM’de triyaj ile içeri sayılı hasta alıyoruz. Ateşli gördüğümüzde direkt almıyoruz ayrı bir yer var orada muayene ediyoruz. ASM’de önlem almaya çalışıyoruz maskesiz hasta içeriye almıyoruz ama köylerde çok zorlanıyoruz kimsede maske yok. Oraya gidince de zaten biz misafir olarak gidiyoruz kime ne yasak koyayım. Maskesiz bakmıyorum da diyemiyoruz desem adam orada beni linç eder. Trijaj yaptığımız şu dönemde hala köylere göndermek doğru olmuyor...” (D38, ERKEK, 47 YAŞ)

4.8.2. Eğitim

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %12,5’i, pandemi döneminde kendilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin olması ve yeterli bilgilendirmelerin yapılması gerekliliğinden bahsetmiştir.

“...İlk başta dünya genelinde yayılmaya başlayınca hastanelerde çalışanlara eğitim verilmişti. Aile hekimlerine yönelik herhangi bir eğitim verilmedi. Sadece rehber ve televizyon ile haberimiz oldu. Aile hekimlerine yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmeliydi...” (D16, KADIN, 36 YAŞ)

“...Biz gerekli bilgiyi birbirimizden öğreniyoruz, kendimiz araştırıp kendimiz takip ediyoruz. Aslında bir iletişim ağı oluşturulup doğru bilgiyi oradan almalıydık...” (D33, KADIN, 60 YAŞ)

“...Aile hekimlerinin pandemi sürecinde ASM yönetimi, temizlik koşulları, triyaj, hasta yönlendirme konularında ayrıntılı bir şekilde çıkarılan yönetmeliklerle aile hekimlerine anlatırdım. ASM koşulları pandemi açısından uygun mu değil mi, aile hekimleri pandemi sürecini nasıl geçiriyor, ne gibi sıkıntıları oluyor bunların denetlemelerini yapardım. Aile hekimini yalnız bırakmazdım...” (D36, ERKEK, 31 YAŞ)

“...Biz Sağlık Bakanı'ni halkın gördüğü noktadan görüyoruz. Sağlık Bakanlığı sahada ve illerdeki temsilcilerine gidişat hakkındaki bilgileri, salgın planını aktarır onlar bize iletir. Online olarak çok kolay bir şekilde bize ulaşabilirler. Bizlere de medyadan hitap edildi bu da doğru bir durum değildi...” (D15, ERKEK, 38 YAŞ)

“...Yıllar önce kuş gribi ile karşılaşmıştık Sağlık Müdürlüğü'nün eğitimleri daha sık ve daha seri oluyordu. Aile hekimlerine yönelik online eğitimler bildiriler daha çok yapılabilirdi...” (D11, KADIN, 39 YAŞ)

4.8.3. Raporlar

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %12,5'i, pandemi döneminde aile hekimlerine rapor istemiyle gelen başvuruların azaltılması için raporlar konusunda yapılabilecek iyileştirmeler için fikirler sunmuştur.

“...Pandemi sürecinde gereksiz hizmet alımlarının tamamını durdururdum. Hala spora katılabilir mi diye belli kurumlardan rapor istemiyle gelenler oluyor, kalabalık oluşturuyor. Gerçekten tedavi ihtiyacı olan hastalara hizmeti sağlar, koruyucu hekimlik, gebe izlemleri, aşular trafiği o tarafa akıttırdım...” (D34, ERKEK, 43 YAŞ)

“...Sağlık raporlarını kesinlikle aile hekimlerinden alırdım. Bir rapor talebi varsa Türkiye de sürekli her şeye bir rapor isteme olayı varsa, rapor hastanelerini kurardım devlete ekonomik getirisi bile olabilir bence bunun. Belli aralıklarla hekimler rotasyonlarla orada çalıştırılır orada raporlar verilir. Aile hekimlerini rapor yükünden kurtarırdım...” (D10, KADIN, 40 YAŞ)

“...Hasta sayısını azaltıp bulaş riskini azaltmak için ve aile hekimlerinin pandemiyle artan yükünü de azaltmak adına rapor alımları için merkezler oluşturup aile hekimlerinden bu görevi alırdım...” (D22, ERKEK, 55 YAŞ)

“...Pandemi dışında da bir sorun olan birinci basamak koruyucu hizmetinin kalitesini bozan rapor hizmeti için ya ilçe sağlık bünyesinde ya da başka birimler oluşturulup yapılmasının daha faydalı olacağını düşünüyorum...” (D25, ERKEK, 28 YAŞ)

“...Raporlar aile hekiminin üzerinden alınabilirdi onun için ayrı birimler oluşturulabilirdi...” (D39, ERKEK, 33 YAŞ)

4.8.4. Kişisel Koruyucu Ekipman

Aile hekimlerinin %10'u, kişisel koruyucu ekipman destek imkanlarının geliştirilmesi konusunda öneriler sunmuştur.

“...Koruyucu ekipman açısından daha çok desteklerdim ya da cari giderler için zam yapılmasını sağlardım...” (D31, KADIN, 50 YAŞ)

“...Kişisel koruyucu ekipmanların aile hekimlerine düzenli bir şekilde, yeterli sayıda dağıtımını yapardım...” (D25, ERKEK, 28 YAŞ)

“...Salgınla mücadelede etkin bir yeri olan ve ön saflarda savaşan aile hekimlerini ekipman konusunda olsun ve manevi konularda olsun daha çok desteklerdim...” (D28, ERKEK, 48 YAŞ)

“...Pandemiye hazır değildik. Direk kişisel koruyucu ekipman donanımımız olmadan çalışmaya başladık. Türkiye'ye hastalık gelmeden önce sağlık kurumlarına ekipman gönderilmesini planlardım...” (D32, ERKEK, 38 YAŞ)

4.8.5. Görev Dağılımı

Araştırmaya katılan aile hekimlerinde üçü, pandemiyle birlikte görev tanımlarının geliştirilmesi ve değişiklikler yapılması için fikirler sunmuşlardır.

“...Aile hekimlerinin üzerinde aşırı yük var diye düşünüyorum bazı görevlerin aile hekimlerinden alınıp TSM'lere verilmesini isterdim özellikle bazı aşıların...” (D39, ERKEK, 33 YAŞ)

“...Aile hekimlerinin mesaisinde yarıya indirirdim. Almanya sistemindeki gibi aile hekimleri yarı mesaiyi ASM'de, yarı mesaiyi hastanede tamamlar. Akşam nöbet yapacaksa hastanede nöbet tutarlar. Hollanda sisteminde ise post sistemi gibi nöbet tutarlar. Ben de açıkçası Almanya ve Hollanda sistemlerini karıştırdım bir sistem yaptım. Numune alımını TSM'ye taşıdım. Aile hekimlerini de bu noktada görevlendirirdim ve onları da üzmezdim ve onlara da ödeme yapardım...” (D2, ERKEK, 35 YAŞ)

“...Planlayan ben olsaydım en başta bütün ASM'leri belirli bölgelerde gruplardım. Birbirine yakın ASM'leri birleştirip koruyucu hizmet veren, takip yapan, aşılama yapan, muayene yapan ASM'ler oluştururdum. Aile hekimleri ve çalışanlarını gruplandırılır belirli süre bu merkezlerde çalıştırdım. Her ilçede nüfusuna göre bir veya iki büyük ASM'yi de pandemiye yönelik olarak dizayn eder şüpheli hastalardan ağır olmayanları buraya yönlendirir ilk muayene, numune alma ve sonrasındaki takipleri bu merkezler üzerinden yapardım. Oluşturulan koruyucu hizmet veren, takip tedavi yapan, pandemi ASM'lerinde tüm aile hekimi ve çalışanlarını dönüşümlü olarak çalıştırdım...” (D24, ERKEK, 42 YAŞ)

4.8.6. Entegrasyon

Üç katılımcı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer sağlık kurumlarıyla entegrasyonunun sağlanması için fikirler sunmuştur.

“...Müdürlükte ya da bakanlıkta olsaydım periferi, aile hekimlerinin sorunlarını dinlerdim, tek tek dolaşabilirdim. Keşke işleyişi görseler bizimle bir gün geçirseler. Bakanlık ve müdürlükle iletişim kopukluğumuz olduğunu düşünüyorum...” (D6, KADIN, YAŞ 49)

“...Pandemi yönetimini yaparken tüm sağlık camiasını işin içine katarak yapmak gerekirdi yani eğitimlerle, toplantılarla adım adım yol olarak

yapılsaydı çok daha güzel olurdu. Aile hekimleri ile birlikte daha koordineli şekilde hareket edilmesini sağlardım...’’ (D15, ERKEK, 38 YAŞ)

‘‘...Sağlık sistemindeki kurumlar arasında iyi bir iletişim zinciri kurardım. Hastanede pandemi sürecinde neler olup bittiğini biz bilmiyoruz onlar da ASM’de neler olduğunu bilmiyor. Aile hekimlerinin hastaneye yönlendirdiği hastaların test yönünden değerlendirilmesi açısından hastane ile iletişim halinde olunması gerekiyor...’’ (D33, KADIN, 60 YAŞ)



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çin'in Wuhan şehrinden başlayarak tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19, DSÖ tarafından pandemi ilan edilmiştir. Salgın alarmıyla birlikte Türkiye'de de hastalığı kontrol altına almak için kararlar alınmış, toplumun tamamını kapsayan önleyici tedbirler uygulanmıştır. Bu süreçte aile hekimleri de pandemiyle mücadelede ön safhada yer alarak, salgın yönetiminde etkin bir rol üstlenmiştir.

Bireylerin hastalıktan korunması ve salgının yayılmasının önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü ve etkili olması önemlidir. Daha güçlü ve etkili bir birinci basamak sağlık hizmetinin verilmesi, aile hekimlerinin pandemi sürecindeki deneyimlerinin anlaşılması, sorunlarının tespiti ve çözümü için yapılacak iyileştirmelerle mümkündür. Bu çalışmada; aile hekimleriyle görüşmeler yapılarak, pandemi sürecindeki genel sağlık politikaları ve birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki fikirleri, görev yaparken ve sosyal yaşantılarında karşılaştıkları sorunlar, sağlık politikaları ve aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik tavsiyeleri niteliksel yöntemle aktarılmıştır.

Pandemi sürecinde görev yaparken yaşadıkları problemleri sorduğumuz katılımcıların çoğunluğu, fiziki şartlarının uygun olmamasını, koruyucu ekipman eksikliğini, gereksiz başvuruların iş yükünü artırdığını, hastaların bilinçsizliğinin doğurduğu sıkıntıları, değişen sisteme uyumda yaşadıkları zorlukları ve ek ödemelerde kendilerine yapıldığını düşündükleri haksızlığı belirtmiştir. Pandeminin sosyal yaşantılarına olan etkilerini ve yaşadıkları endişeleri aktarmışlardır. Katılımcılar, aile hekimlerinin pandemideki rolünün belirlenmesi, fiziki şartların iyileştirilmesi, randevulu sistemin zorunlu hale getirilmesi, raporlarla ilgili düzenlemeler, görev dağılımında değişiklikler, aile hekimliği uygulamalarında güncellemeler yapılması gerektiğini vurgulamışlardır. Katılımcılara göre pandemi sürecinde hasta memnuniyetinin artması ve daha etkin, verimli bir hizmet sunumu için birinci basamak hekimlerinin görüşlerinin pandemideki planlamalara dahil edilmesi, aile hekimlerine yönelik eğitimlerin yapılması ve diğer sağlık kuruluşlarıyla koordinasyonun sağlanması gerekmektedir.

2009 H1N1 influenza pandemisi sırasında Avustralya yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık çalışanlarının deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada, çalışanlar enfeksiyon kontrol eğitimi, hasta izolasyon prosedürleri, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı ve semptomları tanıma konusunda uygun eğitimlere ihtiyaçlarının olduğunu bildirmişlerdir. Yeterli düzeyde verilen bir eğitimin sağlık çalışanlarının korkusunu ve yetersizlik hissini azalttığı gösterilmiştir (Corley et al, 2010). Kunin ve ark. (2013)'nın yaptıkları çalışmada, önceki pandemi müdahaleleri sırasında birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin karşılaştığı kişisel koruyucu ekipman eksikliği, sağlanan bilgilerin kısıtlılığı ve yetersiz eğitim gibi zorluklar tanımlanmıştır. Çalışmamıza katılan aile hekimleri de bu çalışmalara benzer şekilde pandemi döneminde kendilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması ve yeterli bilgilendirmelerin yapılmaması konuları üzerinde durmuş, özellikle pandeminin en başlarında kişisel koruyucu ekipman eksikliğinin oluşturduğu maddi sıkıntıları aktarmıştır.

Zhang ve ark.'nın (2020) yaptıkları bir çalışmada, koruyucu ekipmanlara erişimin hem fiziksel sağlığı iyileştirdiği hem de iş tatminini sağladığı ve sonuç olarak sağlık çalışanları arasında daha az sıkıntıya yol açtığı ortaya koyulmuştur. Çalışmamızda da daha etkili ve verimli hizmet sağlamak için aile hekimliği uygulamalarına ve işleyiş planına yönelik tavsiyeler arasında yeterli kişisel koruyucu ekipman desteği yer almaktadır.

SARS ve diğer biyo-tehditlere hazırlıklı olma ile ilgili yapılan bir anketle, pratisyen hekimlerin gelecekteki salgınlara yanıt vermek için nasıl daha iyi hazırlanabileceklerine dair yorumlarının ve önerilerinin sorgulandığı bir çalışmada; zamanında iletişim, daha fazla eğitim, uygun kılavuzlar ve protokoller, salgın yanıtında açık bir rol tanımı, özel ekipman ve aşılamanın sağlanması konularının üzerinde durulmuştur (Bialkowski et al, 2005). Niteliksel bir çalışma, birinci basamak hekimlerinin pandemi kılavuzlarını uygulamaya dönüştürmede zorluklar yaşadıklarını göstermiştir (Kunin et al, 2015). Araştırmamıza katılan aile hekimleri de COVID-19 pandemisinde sürekli değişen rehber ve algoritmaları takip etmekte zorlandıklarını ifade etmiştir.

İnfluenza pandemisinde birinci basamağın pandemiyle mücadele gücünü, kapasitesini ve hazırlığını değerlendiren bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetinin rolü net bir şekilde anlaşılmadan genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine odaklanıldığı belirtilmiştir. Birinci basamağın kapasitesini ve hazırlığını artırmanın, pandemik influenzaya yanıt vermedeki başarının veya başarısızlığın temel bir unsuru olacağı belirtilmiştir (Rust et al, 2009). Çalışmamızdaki aile hekimleri de kılavuzların ve algoritmaların birinci basamak sağlık hizmetleri açısından yeterli olmadığını ve oluşturulan kılavuzların zamanında yayınlanmadığını, birinci basamağın bu konuda ihmal edildiğini, yalnız bırakıldıklarını söylemişlerdir. Rehber ve algoritmaların aile hekimlerine yönelik de hazırlanmasının ve daha ayrıntılı içeriğe sahip olmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Sin ve Huak (2004), acil duruma daha verimli ve etkili bir yaklaşım sağlamak için iyi iletişim kanallarına sahip olmanın ve etkin bilgi yaymanın sadece halk için değil, sağlık tesisleri için de önemini altını çizmiştir. Çalışmamızdaki aile hekimleri de COVID-19'un ve korunma yöntemlerinin daha iyi anlaşılması için, medyanın daha bilinçli ve etkili bilgi aktarmasının gerekliliğini vurgulamıştır.

İtalya'da yapılan bir araştırmada; COVID-19 salgınının dayattığı karantina sürecinin, kardiyolojik nedenlerle hastaneye yatışların sayısında ve türünde bir değişikliğe yol açtığı tespit edilmiştir. Kardiyoloji yoğun bakım ünitesine kabullerde %50'ye varan bir azalma; akut koroner sendrom nedeniyle hastaneye yatışlarda %40-50 azalma, koroner anjiyografi ve perkütan koroner anjiyoplastide %50'den fazla azalma olduğu ortaya çıkmıştır. ST elevasyonlu akut myokard infarktüsü (STEMI) tanısında gecikme ve yoğun bakım ünitelerine önceliği olmayan kardiyak problemler için daha yüksek sayıda yatış olduğu tespit edilmiştir (Vecchio et al, 2020). Diğer bir çalışmada, STEMI için uygulanan kardiyak kateterizasyon sayısı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yüksek hacimli merkezlerde neredeyse %40 azalmıştır (Garcia et al, 2020). Cosentino ve ark. (2020) İtalya'da, hastaların SARS-CoV-2 enfeksiyonu korkusuyla hastanelerden kaçınması sonucu oluşan geç başvurular nedeniyle akut miyokard enfarktüsünden ölüm oranının neredeyse üç katına çıktığını göstermiştir. Reichert ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada, SARS-CoV-2 pandemisi sırasında acil cerrahi girişim uygulanan hasta sayısında azalma, diğer yandan acil cerrahi

gerektiren şiddetli abdominal septik hastalıklarda artış ve daha yüksek oranda perforasyon gözlemlenmiştir. Acil cerrahi gerektiren hastalıkların tanısında ve hastaneye yatıştaki gecikme, hastaların COVID-19 enfeksiyonundan korkmasının bir sonucu olabilir. Çalışmamıza katılan aile hekimleri, hastaların bulaş riski nedeniyle hastaneye başvurmaktan çekinip, ASM'ye başvurmayı tercih ettiklerini, sevkini gerekli gördüğü hastaları hastaneye yönlendirmesine rağmen gitmediklerini ifade etmiştir. Bazı katılımcılar covid dışı acil durumların tanısındaki gecikmelerden ve bu sebeplerle olan ölümlerin artmasından endişe duyduğunu aktarmıştır.

COVID-19 salgınına yanıt olarak Mart 2020'de Birleşik Krallık'ta tanısız müdahale için yalnızca acil semptomatik vakalara öncelik verilmiştir. Kanser taramaları askıya alınmış, rutin teşhis çalışmaları ertelenmiştir. Birleşik Krallık'taki COVID-19 pandemisine bağlı tanısız gecikmelerin bir sonucu olarak İngiltere'deki önlenebilir kanser ölümlerinin sayısında önemli artışlar beklenmektedir (Maringe et al, 2020).

Birinci basamak hekimleriyle yapılan nitel bir çalışmada, COVID-19 salgınının neden olduğu değişen ihtiyaçlar nedeniyle pratikte yapılan değişikliklere dair bilgilere ulaşılmıştır. Katılımcılar, akut bakımda büyük ölçüde solunum değerlendirilmesi, triyaj üzerine odaklanması ve covid dışı problemler için daha az sıklıkla başvurmaları nedeniyle hastaların tehlikeye girdiğini düşündüklerini dile getirmişlerdir. Birinci basamak hekimleri kronik bakımın çoğunlukla ertelendiğinden ve bunun korona krizinden sonra genişleyerek görünür hale gelecek sonuçları olabileceğinden korktuklarını vurgulamıştır (Verhoeven et al, 2020). Çalışmamızda da pandemi sürecinde rutin sağlık hizmetleri kapsamında olan kanser taramaları, kronik hastalıkların takibi, obezite takiplerinde olan aksaklıklar ve ileride doğabilecek zararlar üzerinde durulmuştur.

Aileleriyle birlikte yaşayan sağlık çalışanlarının virüsü aile üyelerine, özellikle çocuklarına ve ebeveynlerine götürme konusunda büyük endişelere sahip olduğu belirtilmiştir (Liu et al, 2020). Salgın sırasında görev yapan sağlık çalışanları nerdeyse tüm araştırmalarda; sık sık kendi sağlıklarıyla ilgili endişelerini ve ailelerini, arkadaşlarını ve meslektaşlarını etkileme korkusunu dile getirmiştir (Barello et al, 2020). Sosyal izolasyon (Maunder et al, 2003), belirsizlik (Chong et al,

2004), sağlık çalışanı olduğu için damgalanma ve reddedilme korkusu ve çalışma konusunda isteksizlik ve istifa etmeyi dşnme (Bai et al, 2004) gibi sıkıntılarını da dile getirmişlerdir. Çalışmamızdaki aile hekimleri pandemide hasta olmaktan ziyade hastalığı ailelerine taşıma konusunda duydukları endişe üzerinde durmuştur. Bu sürecin; aile hekimlerinde sosyal izolasyon, damgalanma, yalnızlık ve depresyon gibi psikolojik etkilere yol açmış olması muhtemeldir. Bu bağlamda aile hekimleri özelinde tüm sağlık çalışanlara bu konularda gerekli desteğin sağlanması adına planlamalar yapılmalıdır.

SARS ve H1N1 influenza pandemilerinin ardından, yapılan bir çalışmada, aile hekimleri tarafından belirlenen en büyük problemlerden biri, halk sağlığı kurumları ile birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki iletişim eksikliği veya iletişimsizlik duygusu olmuştur. Halk sağlığı ve aile sağlığı ekipleri arasındaki iş birliğini geliştirmenin daha verimli hizmet sunumu için açık fırsatlar sunduğu vurgulanmıştır (Green et al, 2013). Birinci basamak hekimlerinin katıldığı başka bir çalışmada katılımcılar, COVID-19 salgınını kontrol etmedeki rollerini yerine getirirken iş verimliliklerini düşüren, rutin sağlık hizmetlerini karmaşıklaştıran uygunsuz birinci basamak sağlık hizmeti planlaması ve rol belirsizliği ile ilgili endişelerini ve halk sağlığı çalışanlarıyla yetersiz iş birliği yapıldığını vurgulamıştır. Kendilerini fiziksel ve zihinsel olarak etkileyen bir dizi engelle karşılaştıklarını dile getirmişlerdir. Bu engelleri aşmaları, düzenli ve verimli bir şekilde çalışmalarına yardımcı olması için etkili yaklaşımlara ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Salgın kontrolündeki sorunları tespit etmek için birinci basamak hekimleri ve liderler arasında geribildirim kanalı kurulması sonucuna ulaşılmıştır (Xu et al, 2020). Bizim alışmamızda da; aile hekimleri, rol belirsizliği ve diğer sağlık kurumlarıyla olan iletişimsizlik gibi engellerin hizmet veriminin azalttığı yönünde görüşlerini dile getirmiştir.

WONCA Başkanı Dr. Donald Li Ocak 2020’de, acil durumlara hazır olma ve gereken yanıtı vermede birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine dikkat çekmiştir. Aile hekimlerinin salgında merkezi rol oynadığının kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu amaçla aile hekimlerinin ve birinci basamakta çalışan diğer sağlık çalışanlarının, acil sağlık konularında stratejilerinin belirlenmesinde,

analiz etme, karar verme, faaliyete geçme konularında katılımının ve eğitiminin sağlanmasının gerekliliğini vurgulamıştır.

Çalışmamız; pandemi sürecinin birinci basamak sağlık hizmeti uygulamaları üzerinde derin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Aile hekimleri salgının erken evresinde yaşadıkları zorluklara karşı gösterdikleri esneklik ve dirençle salgın dönemine uyum sağlamışlardır. COVID-19, birinci basamak sağlık hizmetlerini temel özelliklerinden mahrum edememiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, COVID-19 salgınına bir tepki olarak aile hekimlerinin kendisini nasıl organize ettiğine dair bir fikir vermenin yanı sıra, bu salgında ve gelecekteki bulaşıcı salgınlarda birinci basamaktaki kontrol önlemlerini ve hizmet verimini iyileştirmek için olası üzümlere yönelik fikir vermektedir.

Sonuç olarak; pandemi sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalite ve sürekliliği için aile hekimlerine verilen rolün belirsiz olmaması, aile hekimlerinin ve/veya temsilcilerinin karar mekanizmasına dahil edilmesi, verilecek eğitimlerin artırılması, ASM'lerdeki fiziki koşulların en uygun seviyeye getirilmesi, aile hekimlerinin motivasyonunu sağlamak ve kaliteli hizmeti teşvik etmek için ek ödemelerin sağlanması, klinik bakımın temel halk sağlığı hizmetleriyle bütünleştirilmesi ve birinci basamak ile hastaneler arasındaki koordinasyonun güçlendirilmesi yönünde iyileştirmeler yapılmalıdır.

Gelecekteki olası salgınlara hazırlıklı olmak ve salgın yönetimini güçlendirmek için aile hekimlerinin pandemideki deneyimlerinin ve karşılaştıkları sorunların incelenmesi, problemlerin zm için aile hekimlerinin tavsiyelerinin dikkate alınması gereklidir. Ayrıca pandemi yönetimiyle ilgili oluşturulan kurullarda aile hekimlerinin de temsil edilmesi gerekliliği aşıkardır.

6. KAYNAKLAR

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013
Resmi Gazete Sayısı: 28539.
- Aksakoğlu G. (2008a) Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyasi Yönetim Dergisi. 8: 7-62.
- Aksakoğlu G. (2008b) Bulaşıcı Hastalıkla Savaşım. 3. yazım. DEÜ Rektörlük Basımevi, İnciraltı, İzmir.
- Arshad Ali S, Baloch M, Ahmed N, Arshad Ali A, Iqbal A. The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-An emerging global health threat. J Infect Public Health. 2020 Apr;13(4):644-646.
- Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. Psychiatr Serv. 2004 Sep;55(9):1055-7.
- Barello S, Falcó-Pegueroles A, Rosa D, Tolotti A, Graffigna G, Bonetti L. The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review. Int J Public Health. 2020 Sep;65(7):1205-1216.
- Başak O, Saatçi E, Ceyhun G. (2005) Akademik aile hekimliği ve gelişme özellikleri: Türkiye deneyimi. Türk Aile Hek Derg. 9(4):174-182.
- Bialkowski, R; Guest, C; Geysen, A and Herceg, A. SARS and biothreat preparedness-a survey of ACT general practitioners [online]. Communicable Diseases Intelligence Quarterly Report, Vol. 29, No. 3, 2005: 277-82.
- Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, Huang OL, Wen JK, Chen CL. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. Br J Psychiatry. 2004 Aug;185:127-33.
- Cosentino N, Assanelli E, Merlino L, Mazza M, Bartorelli AL, Marenzi G. An In-hospital Pathway for Acute Coronary Syndrome Patients During the COVID-19 Outbreak: Initial Experience Under Real-World Suboptimal Conditions. Can J Cardiol. 2020 Jun;36(6):961-964.
- Çavmak Ş, Çavmak D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. (1)1:48-57.

- Dawood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, Shay DK, Cheng PY, Bandaranayake D, Breiman RF, Brooks WA, Buchy P, Feikin DR, Fowler KB, Gordon A, Hien NT, Horby P, Huang QS, Katz MA, Krishnan A, Lal R, Montgomery JM, Mølbak K, Pebody R, Presanis AM, Razuri H, Steens A, Tinoco YO, Wallinga J, Yu H, Vong S, Bresee J, Widdowson MA. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2012 Sep;12(9):687-95.
- de Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, Windak A, Stoffers J; Editorial Board, Jelle Stoffers, Editor-in-Chief, the European Journal of General Practice. Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice. *Eur J Gen Pract.* 2020 Dec;26(1):58-60.
- Deen J, Mengel MA, Clemens JD. Epidemiology of cholera. *Vaccine.* 2020; 38 (1): A31-A40.
- Dunn FL. Pandemic influenza in 1957; review of international spread of new Asian strain. *J Am Med Assoc.* 1958; 166:1140–1148.
- Eickhoff, T. C., & Meiklejohn, G. (1969). Protection against Hong Kong influenza by adjuvant vaccine containing A2-Ann Arbor-67. *Bulletin of the World Health Organization*, 41(3), 562–563.
- Elçin M. (1998) Aile hekimi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını.
- Europe W. (2002) The European definition of general practice/family medicine. Barcelona. WONCA Europe. 4-6, 7-43.
- Ferguson NM, Laydon N and Nedjati-Gilani G. (2020). Impact of Non-Pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Healthcare Demand. London: Imperial College COVID-19 Response Team.
- Friedlander AF, McCord CP, Sladen FJ, Wheeler GW. The epidemic of influenza at Camp Sherman, Ohio. *JAMA.* 1918;71(20):1652–1656.
- Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, Dixon S, Rade JJ, Tannenbaum M, Chambers J, Huang PP, Henry TD. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Jun 9;75(22):2871-2872.

- Glatter, K. A., & Finkelman, P. (2020). History of the Plague: An Ancient Pandemic for the Age of COVID-19. *The American journal of medicine*, S0002-9343(20)30792-0. Advance online publication.
- Görpeliöglu S. Önerilen aile doktorluğu modeli ve insan kaynakları değerlendirilmesi (sonuç raporu). (2002). *Aile hekimliği / Genel pratisyenlik Avrupa tanımı. WONCA Europe*.
- Green, M. E., Weir, E., Hogg, W., Etches, V., Moore, K., Hunter, D., & Birtwhistle, R. (2013). Improving collaboration between public health and family health teams in Ontario. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 8(3), e93–e104.
- Hijawi B., Abdallat M., Sayaydeh A., Alqasrawi S., Haddadin A., Jaarour N., Alsheikh S., Alsanouri T., Novel coronavirus infections in Jordan, April 2012: Epidemiological findings from a retrospective investigation. *East. Mediterr. Health J.* 19, S12–S18 (2013). 10.26719/2013.19.suppl1.S12.
- İşlek E, Özatkan Y, Bilir MK, Arı HO, Çelik H ve Yıldırım HH. (2020). COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri. TUSPE.
- Kilbourne ED. (2006). Influenza Pandemics of the 20th Century. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (1).
- Kraemer MUG, Yang CH, Gutierrez B, Wu CH, Klein B, Pigott DM; open COVID-19 data working group, du Plessis L, Faria NR, Li R, Hanage WP, Brownstein JS, Layan M, Vespignani A, Tian H, Dye C, Cauchemez S, Pybus OG, Scarpino SV. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *medRxiv [Preprint]*. 2020 Mar 6:2020.03.02.20026708.
- Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S. Response of general practitioners to infectious disease public health crises: an integrative systematic review of the literature. *Disaster Med Public Health Prep.* 2013;7(5):522–533.
- Kunin M, Engelhard D, Thomas S, Ashworth M, Piterman L. Challenges of the Pandemic Response in Primary Care during Pre-Vaccination Period: A Qualitative Study. *Isr J Health Policy Res.* 2015;4:32. Published 2015 Oct 15.

- Kunin M, Engelhard D, Thomas S, Ashworth M, Piterman L. Challenges of the pandemic response in primary care during pre-vaccination period: a qualitative study. *Isr J Health Policy Res.* 2015;4(32):1–11.
- Lai CC, Wang CY, Wang YH, Hsueh S and Hsueh P. (2020). Global Epidemiology of Coronavirus Disease 2019: Disease Incidence, Daily Cumulative Index, Mortality, and Their Association with Country Healthcare Resources and Economic Status. *International Journal of Antimicrobial Agents.*
- Last JM, editor. *A dictionary of epidemiology*, 4th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
- Li JY, You Z, Wang Q, Zhou ZJ, Qiu Y, Luo R and Ge XY. (2020a). The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. *Microbes and Infection.* 22(2), 80-85.
- Li X, Geng M, Peng Y, Meng L and Lu S. (2020b). Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *Journal of Pharmaceutical Analysis.*
- Lim WH, Wong WM. COVID-19: Notes From the Front Line, Singapore's Primary Health Care Perspective. *Ann Fam Med.* 2020;18(3):259-261.
- Lin C, Ding Y, Xie B, Sun Z, Li X, Chen Z and Niu M. (2020). Asymptomatic novel coronavirus pneumonia patient outside Wuhan: The value of CT images in the course of the disease, *Clinical Imaging*, 63(2020):7-9.
- Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, Xia L, Liu Z, Yang J, Yang BX. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health.* 2020 Jun;8(6):e790-e798.
- Lu W, Wang H, Lin Y and Li L. (2020). Psychological Status of Medical Workforce During the COVID-19 Pandemic: a Cross-sectional Study. *Psychiatry Research.*
- Lupia T, Scabini S, Pinna SM, Di Perri G, De Rosa FG and Corcione S. (2020). 2019-Novel Coronavirus Outbreak: A New Challenge. *Journal of Global Antimicrobial Resistance.* 21: 22-27.
- Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020 Aug;21(8):1023-1034.

- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 168(10), 1245–1251.
- Oseni TIA, Agbede RO, Fatusin BB, Odewale MA. The role of the family physician in the fight against Coronavirus disease 2019 in Nigeria. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2020;12(1), a2492.
- Özcan F, Ünlüoğlu İ. (1996) Türkiye’de ve dünya’da aile hekimliği. *Sendrom*. 8 (7):83–5.
- Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. (2002) Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. *Aile Doktorluğu Birinci Aşama Uyum Eğitimleri Kitabı*. 3. Bölüm (Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı WONCA Europe).
- Phan T. (2020). Novel Coronavirus: From Discovery to Clinical Diagnostics. *Infection, Genetics and Evolution*, 79(2020): 104221.
- Reichert, M., Sartelli, M., Weigand, M. A., Doppstadt, C., Hecker, M., Reinisch-Liese, A., Bender, F., Askevold, I., Padberg, W., Coccolini, F., Catena, F., Hecker, A., & WSES COVID-19 emergency surgery survey collaboration group (2020). Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on emergency surgery services-a multi-national survey among WSES members. *World journal of emergency surgery: WJES*, 15(1), 64.
- Rogers, K. (2020, March 25). 1968 flu pandemic. *Encyclopedia Britannica*.
- Rothan H and Byrareddy SN. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*.
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*, 109, 102433.
- Rust, G, Melbourne, M, Truman, BI, Daniels, E, Fry-Johnson, Y, Curtin, T. Role of the primary care safety net in pandemic influenza. *Influenza Prep Resp*. 2009;99: S316-S324.
- Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. (2006) Amerika Birleşik Devletleri’nde aile hekimliği. *Türk Aile Hek Derg*. 10(2):79-86

- Samanci, V. (2020). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Pandemi Süreci. Konuralp Medical Journal, Pandemi Deneyimleri, 390-392.
- Scott V, Crawford-Browne S, Sanders D. Critiquing the response to the Ebola epidemic through a primary health care approach. BMC Public Health 2016; 16:410.
- Sebastian MR, Lodha R, Kabra SK. Swine origin influenza (swine flu) Indian J Pediatr. 2009 Aug;76(8):833–41.
- Shanks GD Insights from unusual aspects of the 1918 influenza pandemic Travel Med. Infect. Dis., 13 (3) (2015), pp. 217-222.
- Shrestha SS, Swerdlow DL, Borse RH, Prabhu VS, Finelli L, Atkins CY, Owusu-Edusei K, Bell B, Mead PS, Biggerstaff M, Brammer L, Davidson H, Jernigan D, Jung MA, Kamimoto LA, Merlin TL, Nowell M, Redd SC, Reed C, Schuchat A, Meltzer MI. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009-April 2010). Clin Infect Dis. 2011 Jan 1;52 Suppl 1:S75-82.
- Simonsen L, Spreeuwenberg P, Lustig R, Taylor RJ, Fleming DM, Kroneman M, Van Kerkhove MD, Mounts AW, Paget WJ; GLaMOR Collaborating Teams. Global mortality estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR project: a modeling study. PLoS Med. 2013 Nov;10(11): e1001558.
- Sin SS, Huak CY. Psychological impact of the SARS outbreak on a Singaporean rehabilitation department. Int J Ther Rehabil. 2004;11(9):417–424.
- Sohrabia C, Alsafib Z and Aghad R. (2020). World Health Organization Declares Global Emergency: A Review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). International Journal of Surgery, 76(2020), 71-76.
- Stenseth NC, Atshabar BB, Begon M, Belmain SR, Bertherat E, Carniel E, Gage KL, Leirs H, Rahalison L. Plague: past, present, and future. PLoS Med. 2008 Jan 15;5(1): e3.
- Sun S, Zhen YK and Pan XX. (2020). China Empowers Internet Hospital to Fight Against COVID-19. Journal of Infection.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19/SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Rehberi, Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 7 Aralık 2020, Ankara.

- Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Emerg Infect Dis.* 2006 Jan;12(1):15-22.
- Taubenberger JK, Reid AH, Lourens RM, Wang R, Jin G, Fanning TG. Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes. *Nature.* 2005;437(7060):889–93.
- TUKMOS. (2017) Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği. Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı Kılavuzu, v.2.1.
- Ungan M, Ceyhan G. (2006) Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. *Aile hekimliği.* Eylül/Ekim;1:7-10.
- Ünalın P. (2011) Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. *Aile Doktorluğu Birinci Aşama Uyum Eğitimleri Kitabı. Tanım ve İlkeler, 1. Bölüm, Ankara.*
- Vecchio S, Fileti L, Reggi A, Moschini C, Lorenzetti S, Rubboli A. Impatto della pandemia COVID-19 sui ricoveri per sindrome coronarica acuta: revisione della letteratura ed esperienza monocentrica [Impact of the COVID-19 pandemic on admissions for acute coronary syndrome: review of the literature and single-center experience]. *G Ital Cardiol (Rome).* 2020 Jul;21(7):502-508. Italian.
- Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open.* 2020 Jun 17;10(6):e039674.
- Wang, L., Wang, Y., Ye, D., & Liu, Q. (2020). Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International journal of antimicrobial agents*, 55(6), 105948.
- Werf S. Past influenza epidemics and implications for contemporary influenza research. In: Giles-Vernick T, Craddock S (ed.), *Influenza and Public Health: Learning from Past Epidemics.* Abingdon-on-Thames, BK: Routledge; 2010:147.
- Xiong Y, Peng L. Focusing on health-care providers' experiences in the COVID-19 crisis. *Lancet Glob Health.* 2020;8(6): e740-e741.
- Xu Z, Ye Y, Wang Y, Qian Y, Pan J, Lu Y, Fang L. Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control in China: a

- Qualitative Study [published online ahead of print, 2020 Aug 31]. *J Gen Intern Med.* 2020;1-7.
- Ye, Z. W., Yuan, S., Yuen, K. S., Fung, S. Y., Chan, C. P., & Jin, D. Y. (2020). Zoonotic origins of human coronaviruses. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1686–1697.
- Yıldırım A, Şimşek H. (2016) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık. Ankara 10. Baskı.
- Yücel Toy B, Güneri Tosunoğlu N. (2007) Sosyal Bilimler Alanındaki Araştırmalarda Bilimsel Araştırma Süreci, İstatistiksel Teknikler ve Yapılan Hatalar. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi.* 1:1-20.
- Zhang SX, Liu J, Afshar Jahanshahi A, Nawaser K, Yousefi A, Li J, Sun S. At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain Behav Immun.* 2020 Jul;87: 144-146.
- Zhao, Y., Zhao, Z., Wang, Y., Zhou, Y., Ma, Y., & Zuo, W. (2020). Single-Cell RNA Expression Profiling of ACE2, the Receptor of SARS-CoV-2. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 202(5), 756–759.
- Zheng SQ, Yang L, Zhou PX, Li HB, Liu F, Zhao RS. Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: A China perspective. *Res Social Adm Pharm.* 2020 Mar 26: S1551-7411(20)30284-9.

7. EKLER

EK-1. ANKET FORMU

AİLE HEKİMLERİNİN COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE YAŞADIKLARI
SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA
YARI YAPILANDIRILMIŞ ANKET FORMU

Yaş:

Cinsiyet:

Hekimlik yaptığınız süre:

Aile hekimi olarak görev yaptığınız süre:

Aile Sağlığı Biriminize kayıtlı nüfus sayısı:

Günlük ortalama poliklinik sayınız:

COVID-19 hastalığını geçirdiniz mi? Evet Hayır

Şu anda biriminize kayıtlı nüfus içerisinde günlük takiplerini yaptığınız aktif hasta sayısı:

Şu ana kadar bir gün içerisinde takip amaçlı kayıtlı aktif hasta sayınız en fazla kaç oldu?

Kayıtlı nüfusunuzdan COVID-19 nedeniyle vefat eden kişi sayısı:

1-Pandemi sürecindeki uygulanan sağlık politikaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
Sizce iyi ve kötü olan uygulamalardan bahseder misiniz?

2-Pandemi döneminde aile hekimi olarak görev yaparken pandemi ile mücadelede karşılaştığınız problemlerden bahseder misiniz?

3-Pandemi döneminde rutin birinci basamak sağlık hizmetleri olağan seyrinde devam edebildi mi? Hizmet veriminde olumlu ya da olumsuz uygulamalar/yaşadıklarınızdan bahseder misiniz?

4-Pandemi döneminin sosyal yaşantınızda ne gibi etkileri oldu? Hekim olmanızdan kaynaklı veya bağımsız etkilerinden bahseder misiniz?

5-Pandemi döneminde uygulanan genel sağlık politikalarını düşündüğünüzde “şöyle olsaydı daha iyi olabilirdi” dediğiniz noktalar var mı? Varsa neler olduğunda bahseder misiniz?

6-Aile hekimlerinin pandemi ile mücadeledeki mevcut rolünü düşündüğünüzde “şöyle olsaydı daha iyi olabilirdi” dediğiniz noktalar var mı? Varsa neler olduğunda bahseder misiniz?

7-Pandemi döneminde rutin birinci basamak sağlık hizmetlerin işleyişini düşündüğünüzde “şöyle olsaydı daha iyi olabilirdi” dediğiniz noktalar var mı? Varsa neler olduğunda bahseder misiniz?

8-Aile hekimlerinin pandemi ile mücadeledeki rolünü ve birinci basamak sağlık hizmetleri işleyişini siz belirliyor olsaydınız nasıl bir uygulama/işleyiş planı hazırlarsınız?

EK-2

ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/09/2020-E.8439



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :71522473/050.01.04/ **487**
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 11.09.2020 tarihli 487 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Hekimlerinin Covid-19 Pandemisi Sürecinde Yaşadığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri: Nitel Bir Çalışma" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmza Aslı ile Aynıdır.
22.09.2020

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE84BMV65>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: KADRİYE ÖĞÜNÇ

Doğum yeri ve tarihi: KÜTAHYA, 02.04.1991

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: EVLİ

İletişim adresi ve telefonu: kadriyecapraz@gmail.com, 0537 214 27 49

Yabancı dili: İNGİLİZCE

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2017 Sakarya Üni. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı (Sakarya)

2009-2015 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (Ankara)

2005-2009 Nafi Güral Fen Lisesi (Kütahya)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

DOKTOR

IV- Mesleki Deneyimi

2016 Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü-KETEM (Bitlis)

2015 Bitlis Adilcevaz TSM (Bitlis)

V- Diğer Bilgiler

2019 İşyeri Hekimliği Sertifikası