

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ KRONİK
HASTALIK İZLEMLERİNDE TELETIP UYGULAMALARI
İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİ: NİTEL BİR
ÇALIŞMA

Dr. Hatice METİN KIDAM

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ
DANIŞMAN Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM 2025

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Hatice METİN KIDAM tarafından hazırlanan “Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık İzlemlerinde Teletıp Uygulamaları ile İlgili Değerlendirmeleri: Nitel Bir Çalışma” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ufuk ÜNLÜ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN

Dekan

I. TEŞEKKÜR

Her zaman bize karşı nazik ve anlayışlı yaklaşımı ile mesleki anlamda örnek aldığım, tez sürecimde bilgi birikimi ve tecrübesiyle desteğini benden esirgemeyen her aşamada sabır ve anlayışla destek olan değerli hocam, tez danışmanım **Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'** a

Asistanlığım boyunca hem mesleki hem insani olarak kendisinden çok şey öğrendiğim, her konuda bilgi birikimi ile bize yol gösteren, çekinmeden fikrine başvurabildiğim akıl hocam **Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'** a

Asistanlığa başladığımda nezaketi ve güler yüzlülüğüyle bana mesleğimi yeniden sevdiren, yanımızda olmasa da halen bir telefon uzakta olduğunu bize hissettiren değerli hocam **Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN'** e

Bu süreçte benden desteğini esirgemeyen 25 yıllık dostum **Dr. Öğr. Üyesi Ece ÖZCAN BÜLBÜL'** e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca rotasyonlarımda birlikte çalışma fırsatı bulduğum bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tüm saygıdeğer hocalarıma, rotasyonlarda tanışıp dostluk kurduğum asistan arkadaşlarıma,

Aile hekimliği kliniğini bir aile olarak gören her daim beni destekleyen tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Bu zorlu süreçte nazımı çeken, beni dinleyen, bana güç veren, destekleriyle yanımda olan çok sevgili Şenyurt Aile Sağlığı Merkezi Ailesi'ne,

Gece gündüz demeden imdadıma yetişen, adeta ikinci ailem olan Ayşe, Beyza ile Arzu ve Adem KİRENCİ başta olmak üzere tüm Oğuzlar İlçe Hastanesi Ailesi'ne sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca beni eğer istersem her şeyi başarabileceğime inandıran, bu zorlu süreçte destekleriyle yanımda olan, sabır ve sevgiyle bana güç veren sevgili annem, babam ve kardeşlerime, her zor günümde yanımda olan teyzelerime, bana kuzenden öte kız kardeş olan Fatıma, Meryem, Zeynep AYKAÇ ve Makbule ILGAÇ' a başta olmak üzere tek tek ismini yazmaya sayfaların yetmeyeceği kocaman geniş aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Onların inancı ve desteği olmadan bu noktaya gelmem mümkün olmazdı.

Sevgili oğlum Muhammed Ali ve kızım Zeynep Elif'e bana dünyanın en güzel duygusunu tattırdıkları için ve varlıklarıyla bana huzur verdikleri için teşekkür ederim.

Ve son olarak tüm hayatımda olduğu gibi bu zorlu süreçte de yanımda olan en büyük destekçim Sevgili Eşim **Ozan KIDAM'** a... Bu uzun ve yorucu maratonda bana olan inancın, desteğin ve sevgin olmasaydı bu başarıya ulaşmam çok daha zor olurdu. İyi ki varsın.

II.İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
II.İÇİNDEKİLER.....	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT.....	VI
V. KISALTMALAR.....	VIII
VI. TABLO LİSTESİ.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık İzlemleri.....	3
2.3. Teletıbbın Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	4
2.4. Güncel Kullanım Alanları.....	5
2.5. Kronik Hastalık Yönetiminde Teletıp Uygulamaları.....	5
2.6. Türkiye’de Teletıp Uygulamaları.....	6
2.7. Aile Hekimlerinin Teletıp Uygulamalarına Yaklaşımı.....	6
GEREÇ VE YÖNTEM.....	8
3.1. Araştırma Türü ve Yaklaşımı.....	8
3.2. Örneklem ve Katılımcılar.....	8
3.3. Veri Toplama Süreci.....	9
3.4. Veri Analizi.....	10
3.5. Etik İlkeler.....	12
4. BULGULAR.....	13
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	13
4.2. Tema 1. Teletıp Avantajları.....	15
4.3. Tema 2. Teletıp Dezavantajları.....	18
4.4. Tema 3. Teletıp Genel Kullanım Alanları.....	20
4.5. Tema 4. Kronik Hastalıklar Özelinde Teletıp.....	23
4.6. Tema 5. Teletıbbın Önündeki Engeller.....	26
4.7. Tema 6. Etik Ve Hukuki Açıdan Değerlendirmeler.....	29
4.8. Tema 7. Eğitim.....	34
4.9. Tema 8. Uygulama Önerileri.....	38

4.10. Asistan Kıdemine Göre Dikkat Çeken Farklılıklar	43
4.11. Asistan Grupları Arasındaki Ortak Fikir Noktaları.....	47
5. TARTIŞMA	48
5.1. Araştırmanın Özgünlüğü ve Literatürdeki Yeri	48
5.2. Bulgu-Literatür Karşılaştırması	49
5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri	53
5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları	54
5.5. Çalışmanın Bulgularının Literatüre Katkısı	54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	59
6.1. Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler	60
6.2. Sağlık Politikası ile İlgili Öneriler.....	62
6.3. Sahada Çalışan Aile Hekimlerine Öneriler.....	63
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER	70
Ek-1: Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu	71
Ek-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	74
Ek-3: Nitel Araştırma Eğitimi Katılım Belgesi	76
Ek-4: Etik Kurul Onayı	76
Ek-5: Örneklem Değişikliği Karar Metni.....	76
Ek 6: Anabilim Dalı Onayı	76

III. ÖZET

Amaç:

Bu çalışmanın amacı, aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık izlem süreçlerinde teletıp uygulamalarına ilişkin genel değerlendirmelerini ve uzmanlık eğitimi sürecinde ortaya çıkan gereksinimlerini nitel yöntemlerle ortaya koymaktır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde teletıp uygulamalarına yönelik gerekli eğitimsel ve yapısal düzenlemeler ile birinci basamakta güvenli ve etkili kullanımı destekleyecek genel uygulama önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem:

Nitel araştırma deseninde yürütülen çalışmada yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Asistanlıkta 6 ayını doldurmamış asistanlarla yapılan odak grup görüşmesi ses kaydına alınmış; asistanlıkta ikinci yılını tamamlamış hekimlerle bireysel röportajlar gerçekleştirilmiştir. Tüm kayıtlar deşifre edilerek MAXQDA programı aracılığıyla tematik analiz yapılmıştır. Analiz sürecinde kodlar, alt temalar ve temalar tümevarımcı yaklaşımla oluşturulmuş; “K” kodu yeni başlayan, “R” kodu ise ikinci yılını tamamlamış asistanları temsil edecek şekilde anonimleştirme sağlanmıştır.

Bulgular:

Çalışmada katılımcılar teletıpı zaman ve mekândan bağımsız sağlık hizmeti olarak tanımlamıştır. Teletıbbın avantajları arasında erişim kolaylığı, kronik hastalık yönetiminde süreç takibi, iş gücü kaybının azaltılması, kullanıcı dostu dijital sistemler (e-Nabız, MHRS) ve hekim güvenliği öne çıkmıştır. Buna karşın fizik muayene eksikliği, malpraktis kaygısı, mahremiyet sorunları, kimlik doğrulama güçlükleri, teknolojik altyapı yetersizliği ve dijital okuryazarlık problemleri dezavantaj olarak belirlenmiştir. Katılımcılar teletıbbı özellikle kronik hastalık izleminde, danışmanlık ve koruyucu hekimlik uygulamalarında, bulaşıcı hastalık takiplerinde ve ulaşımı kısıtlı hastalarda etkili bir tamamlayıcı araç olarak görmektedir. Ayrıca teletıbbın

uygulanabilirliği için triyaj, standardizasyon, hukuki-netlik, eğitim ve ekipman desteği gibi çok sayıda öneri sunulmuştur.

Sonuç:

Aile hekimliği asistanları teletıbbın kronik hastalık takip, danışmanlık ve süreç izleminde kullanılmasının uygun olduğunu ancak fizik muayene gerektiren ve klinik belirsizlik içeren durumlarda yüz yüze değerlendirmenin yerini tutamayacağını belirtmiştir. Teletıbbın birinci basamakta etkin ve güvenli biçimde uygulanabilmesi için hukuki çerçevenin netleştirilmesi, mahremiyet ve güvenlik standartlarının güçlendirilmesi, dijital altyapının geliştirilmesi, teletıp eğitim programlarının yapılandırılması ve dijital okuryazarlığının artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Teletıp, aile hekimliği, kronik hastalık izlemi, nitel araştırma

IV. ABSTRACT

Aim:

The aim of this study is to explore, using qualitative methods, family medicine residents' general evaluations of telemedicine applications in chronic disease follow-up processes and the needs that emerge during residency training. Based on the findings, the study aims to develop educational and structural recommendations to support the safe and effective use of telemedicine in family medicine training and primary care practice

Materials and Methods:

This study was conducted using a qualitative research design, employing semi-structured in-depth interview techniques. Focus group discussions were audio-recorded with residents who had not yet completed six months of residency training, while individual interviews were conducted with physicians who had completed their second year of residency. All recordings were transcribed and thematically analyzed using the MAXQDA software. During the analysis, codes, subthemes, and themes were generated through an inductive approach, and anonymization was ensured by assigning the code "K" for newly-started residents and "R" for residents who had completed their second year.

Results:

Participants described telemedicine as a healthcare service independent of time and place. Among the advantages of telemedicine, ease of access, process monitoring in chronic disease management, reduction of workforce loss, user-friendly digital systems (e-Nabız, MHRS), and enhanced physician safety were prominent. Conversely, the absence of physical examination, concerns about malpractice, privacy-related problems, difficulties in identity verification, inadequacy of technological infrastructure, and issues related to digital health literacy were identified as disadvantages. Participants

considered telemedicine an effective complementary tool particularly in chronic disease follow-up, counseling and preventive care practices, infectious disease monitoring, and in patients with limited access to healthcare services. Additionally, numerous suggestions were offered for the feasibility of telemedicine, including triage, standardization, legal clarity, training, and equipment support.

Conclusion:

Family medicine residents stated that telemedicine is appropriate for chronic disease follow-up, counseling, and process monitoring but emphasized that it cannot replace face-to-face evaluation in situations requiring physical examination or involving clinical uncertainty. The study concluded that effective and safe implementation of telemedicine in primary care requires clarification of the legal framework, strengthening of privacy and security standards, improvement of digital infrastructure, structuring of telemedicine training programs, and enhancement of digital literacy.

Keywords: Telemedicine, family medicine, chronic disease follow-up, qualitative research

V. KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
EKG	: Elektrokardiyografi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
SMS	: Kısa Mesaj Servisi (Short Message Service)
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	13
Tablo 2: Tema Tablosu.....	14
Tablo 3: Asistan Kıdemine Göre Teletıp Görüşleri Karşılaştırması.....	44



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dijital sağlık teknolojilerinin gelişimiyle birlikte, sağlık hizmetlerinin sunum biçiminde köklü değişiklikler yaşanmaktadır. Özellikle COVID-19 pandemisiyle hız kazanan teletıp uygulamaları, sağlık hizmetlerinin mekân ve zaman bağımsız şekilde sunulmasını mümkün kılmıştır. Teletıp, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sağlık profesyonellerinin hasta değerlendirmesi, tanı, tedavi ve izlem süreçlerini yürütmesine olanak sağlayan bir uzaktan sağlık hizmetidir (DSÖ, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kalp-damar hastalıkları gibi kronik hastalıklar, hem sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir yük oluşturmakta hem de bireylerin yaşam kalitesini etkilemekte ve tüm dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır.

Kronik hastalıkların düzenli izlemleri, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Türkiye’de de kronik hastalıkların prevalansında artış gözlenmekte ve son yıllarda yapılan çalışmalar doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı bu hastalıkların yönetimine ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kronik hastalıkların yönetiminde sürekli, bütüncül ve erişilebilir bakım sağlaması nedeniyle teletıp uygulamalarının en fazla potansiyel taşıdığı alanlardan biridir. Bu bağlamda, teletıp uygulamaları hastaların izlemlerini kolaylaştırabilir, hekimlerin iş yükünü dengeleyebilir ve sağlık sisteminde sürdürülebilirliği destekleyebilir.

Ancak teletıp hizmetlerinin etkin şekilde uygulanabilmesi için sağlık çalışanlarının, özellikle de birinci basamak hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışları belirleyici rol oynamaktadır. Aile hekimliği asistanları, hem eğitim süreci içindeki öğrenen konuları hem de sahada uygulayıcı olarak yer alıyor olmaları nedeniyle bu dönüşümün anapaydaşlarındandır. Buna karşın, Türkiye’de aile hekimliği asistanlarının teletıp konusundaki genel değerlendirmelerini, gereksinimlerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmanın temel amacı, aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık izlem süreçlerinde teletıp uygulamalarına ilişkin genel değerlendirmelerini ve uzmanlık eğitimi sürecinde ortaya çıkan gereksinimlerini nitel yöntemlerle ortaya koymaktır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde teletıp uygulamalarına yönelik yapılması gereken eğitimsel ve yapısal düzenlemeler ile birinci basamakta teletıp uygulamalarının güvenli, etkili ve sürdürülebilir biçimde kullanılmasına katkı sağlayacak genel uygulama önerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu nitel araştırma, aşağıdaki temel araştırma soruları çerçevesinde yürütülmüştür:

1. Aile hekimliği asistanları teletıp kavramını nasıl algılamakta ve günlük klinik pratiklerinde nasıl konumlandırmaktadır?
2. Teletıp uygulamalarının birinci basamakta hekimlik pratiği açısından algılanan avantajları ve sınırlılıkları nelerdir?
3. Kronik hastalıkların izleminde teletıp uygulamalarının uygunluğu ve klinik süreçlere etkisi aile hekimliği asistanları tarafından nasıl değerlendirilmektedir?
4. Aile hekimliği asistanlarının teletıp kullanımını tercih etmemelerine yol açan bireysel, teknik ve sistemseller faktörler nelerdir?
5. Teletıp uygulamalarının önündeki altyapı, donanım, etik ve hukuki engeller asistanlar tarafından nasıl deneyimlenmektedir?
6. Aile hekimliği asistanlarının teletıp uygulamalarına yönelik eğitim gereksinimleri ve bu gereksinimlerin klinik uygulamaya yansımaları nelerdir?
7. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde teletıp uygulamalarının güvenli, etkili ve sürdürülebilir biçimde hayata geçirilebilmesi için hangi uygulama ve politika önerileri öne çıkmaktadır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Hastalıkların Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, genellikle uzun süreli, yavaş ilerleyen, kalıcı sağlık sorunlarına yol açan ve tam iyileşme olasılığı düşük olan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kronik hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserler gibi grupları kapsamaktadır (2). Bu hastalıklar dünya çapında mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri arasında yer almakta olup, tüm ölümlerin yaklaşık %74'ünden sorumludur (3).

Kronik hastalıklar yalnızca bireylerin sağlık durumunu değil, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik yaşamı da önemli ölçüde etkilemektedir. Uzun süreli tedavi gereksinimi, iş gücü kaybı, sağlık hizmetleri üzerinde oluşturduğu mali yük ve yaşam kalitesinde ciddi azalma gibi etkileri bulunmaktadır (4,5). Türkiye'de de kronik hastalıkların prevalansı giderek artmakta ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır (6).

2.2. Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık İzlemleri

Aile hekimliği, bireylerin sağlık gereksinimlerini sürekli ve kapsamlı bir şekilde takip eden birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (7). Kronik hastalıkların yönetiminde aile hekimlerinin rolü, erken tanı koyma, düzenli izlem yapma, tedaviye uyumu destekleme ve komplikasyonları önleme açısından kritik öneme sahiptir (8,9).

Türkiye’de 2005 yılında başlatılan Aile Hekimliği Sistemi, kronik hastalık izlemlerinde bir yapı sunmuş ve hekimlerin hastalarını uzun dönem takip etmelerini mümkün kılmıştır (10). Bu sistem sayesinde aile hekimleri, hastaların laboratuvar sonuçlarını, reçetelerini ve tedavi planlarını merkezi bir kayıt sistemi üzerinden takip edebilmektedir. E-Nabız platformu da hastaların sağlık verilerine erişimi kolaylaştırmakta, kronik hastalık izlemlerinin sürekliliğini desteklemektedir (11).

Kronik hastalık izlemlerinde aile hekimlerinin sorumlulukları arasında; hipertansiyon, diyabet, KOAH ve kardiyovasküler hastalık gibi yaygın hastalıkların rutin kontrolü, hastaların yaşam tarzı değişikliklerini yönlendirme ve ilaç tedavisini düzenleme yer almaktadır (12). Araştırmalar, güçlü bir birinci basamak sağlık sistemi ve etkili aile hekimliği uygulamaları ile kronik hastalık yönetiminde komplikasyonların ve hastaneye yatışların önemli ölçüde azaltılabileceğini göstermektedir (13).

Buna karşın, sahada aile hekimleri; artan hasta sayısı, yetersiz zaman, dijital sistemlerdeki teknik sorunlar ve eğitim eksiklikleri gibi engellerle karşılaşabilmektedir (14). Bu durum, kronik hastalık izlemlerinin etkinliğini doğrudan etkileyebilir ve teletıp gibi yenilikçi uygulamaların entegrasyonunu gerekli kılmaktadır.

2.3. Teletıbbın Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Teletıp, sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla, coğrafi mesafe gözetmeksizin sunulması olarak tanımlanmaktadır (15). Başlangıçta kırsal ve ulaşılması zor bölgelerde yaşayan bireylere sağlık hizmeti sağlamak amacıyla geliştirilmiş olan teletıp (16, 17), günümüzde çok çeşitli klinik alanlarda yaygınlaşmıştır.

Teletıbbın gelişimindeki önemli dönüm noktaları şunlardır:

Erken Uygulamalar: Teletıbbın temelini oluşturan uygulamalar, 19. yüzyılda telgrafın tıbbi amaçlarla kullanımı ile başlar. 1905 yılında Willem Einthoven'ın EKG

sinyallerini telefon hattı üzerinden iletmesi gibi gelişmeler, kalp hastalığı gibi kronik durumların uzaktan takibinin önünü açmıştır (16, 17).

Uzaktan Danışmanlık: 1920'lerde radyo teknolojisi, denizcilere ve uzak yerlerdeki kişilere tıbbi tavsiye vermek için kullanılmıştır (17). 1950'lerde ise ilk başarılı kapalı devre televizyon bağlantıları, nörolojik muayeneler ve konsültasyonlar için kullanılmıştır (16, 17).

Resmi Terim: Tüm bu uygulamalara rağmen, "Teletıp (Telemedicine)" teriminin resmi olarak tıp literatüründe kullanıldığı ve Dr. Thomas Bird tarafından Boston'daki Massachusetts General Hospital ile Logan Havaalanı arasındaki görsel-işitsel bağlantıyı tanımladığı ilk kaynak 1970 yılına aittir (16).

2.4. Güncel Kullanım Alanları

Teletıp, günümüzde kronik hastalık yönetimi, acil servis, tele-psikiyatri ve hasta eğitimi gibi biręok alanda aktif olarak kullanılmaktadır (16, 17).

Teletıp uygulamaları; görüntülü görüşme, uzaktan izlem cihazları, mobil sağlık uygulamaları ve elektronik reçete sistemleri aracılığıyla yürütülebilmektedir (14).

COVID-19 pandemisi, teletıp kullanımının önemini artırmış ve hızla yaygınlaşmasını sağlamıştır (18). Pandemi sürecinde sosyal mesafenin korunması gerekliliği, özellikle kronik hastalıkların takip ve yönetiminde teletıp araçlarının daha aktif kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir (19).

2.5. Kronik Hastalık Yönetiminde Teletıp Uygulamaları

Kronik hastalıkların yönetiminde teletıp, hasta-hekim iletişimini güçlendirmekte, hastaların tedaviye uyumunu artırmakta ve düzenli takiplerini kolaylaştırmaktadır (20). Yapılan sistematik derlemeler, telemonitoring uygulamalarının diyabet, hipertansiyon ve kalp yetmezliği gibi hastalıklarda klinik sonuçları iyileştirdiğini göstermektedir (21,22).

Teletıp uygulamalarının avantajları arasında erişim kolaylığı, hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve maliyet etkinliği yer almaktadır (23). Ancak uygulamanın önünde bazı sınırlılıklar bulunmaktadır; teknik altyapı eksiklikleri, hasta ve hekimlerin dijital sağlık okuryazarlığının sınırlılığı, veri güvenliği kaygıları ve yasal düzenlemelerin eksikliği bunlardan başlıcalarıdır (24).

2.6. Türkiye’de Teletıp Uygulamaları

Dünya genelinde teletıp uygulamaları uzun yıllardır kullanılsa da Türkiye’de özellikle 2010’lu yıllardan sonra pilot projeler ve sağlık sistemine entegrasyon girişimleri ile gündeme gelmiştir (10). COVID-19 pandemisi ile birlikte teletıp uygulamaları hız kazanmış ve kronik hastalıkların uzaktan izlenmesi yönünde adımlar atılmıştır (25).

Türkiye’de aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde teletıp entegrasyonu, e-Nabız, MHRS ve mobil uygulamalar üzerinden sağlanmaktadır (11). Ancak sahada aile hekimleri; artan hasta yükü, zaman kısıtlamaları, teknik altyapı eksiklikleri ve eğitim ihtiyacı gibi engellerle karşılaşmaktadır (14). Bu durum, kronik hastalık izlemlerinde teletıp uygulamalarının etkinliğini etkileyebilmektedir.

2.7. Aile Hekimlerinin Teletıp Uygulamalarına Yaklaşımı

Çalışmalar, birinci basamak hekimlerinin teletıp uygulamalarını hasta bakımının sürekliliğini sağlama, erişimi artırma ve enfeksiyon riskini azaltma açısından önemli ve faydalı bulduklarını göstermektedir.(26)

Literatürde aile hekimleri, teletıp uygulamalarını genel olarak faydalı ve gerekli bulmakla birlikte, uygulamada karşılaştıkları sorunları vurgulamaktadır. Bu sorunlar; dijital altyapı yetersizliği, hasta uyumsuzluğu, veri güvenliği ve mevzuat eksikliği gibi alanları kapsamaktadır (24).

Aile hekimlerinin teletıp deneyimleri, yalnızca teknik değil, aynı zamanda hasta ilişkileri ve iş yükü boyutlarıyla da değerlendirilmektedir (27). Teletıp uygulamalarının etkin şekilde uygulanabilmesi için hekimlerin eğitim alması, uygun altyapının sağlanması ve mevzuat düzenlemelerinin tamamlanması gerekmektedir (28).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Türü ve Yaklaşımı

Bu çalışma, fenomenolojik yaklaşım temel alınarak tasarlanmış, nitel betimsel bir araştırmadır. Çalışmanın kuramsal yaklaşımı fenomenolojiktir; yöntemsel olarak ise klinik uygulamaya uygunluğu nedeniyle nitel betimsel tasarım tercih edilmiştir. Fenomenolojik yaklaşım, bireylerin deneyimlerini kendi perspektiflerinden anlamayı ve olguların özünü ortaya çıkarmayı amaçlar (29). Araştırmada, aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık izlem süreçlerinde teletıp uygulamalarına dair deneyimleri, tutumları ve görüşleri derinlemesine incelenmiştir.

3.2. Örneklem ve Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini “amaçlı örnekleme yöntemi” ile seçilmiştir. Bu nedenle aile hekimliği asistanlarının tamamının olduğu bir iletişim grubuna araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılmış ve asistanlar araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmada çeşitliliği artırmak için daha önce teletıp uygulamalarını kullanıp kullanmadığına bakılmaksızın gönüllü olan tüm aile hekimliği asistanları çalışmaya dahil edilmiştir. İlk başvuran kişiler ile çalışma yapılmıştır. Araştırmada üç farklı katılımcı grubu yer almaktadır:

Birinci Aşama

Grup 1: Asistanlıkta 6 ayını doldurmamış asistanlar (K harfi ile kodlanmıştır)

Odak Grup Görüşmesi

Veri toplama aracı: Yarı yapılandırılmış odak grup formu

Katılımcı sayısı: 8

Süre: 90 dakika

Araç: Yüz yüze

Amaç: Teletıp ve kronik hastalık izlemine ilişkin algıları ve değerlendirmeleri ortaya koymak.

İkinci Aşama

Grup 2: İki yılını doldurmuş aile hekimliği asistanları(R harfi ile kodlanmıştır)

Bireysel Derinlemesine Görüşmeler

Veri toplama aracı: Bireysel derinlemesine görüşme formu

Katılımcı sayısı: 4

Süre: 30–45 dakika (kişi başı)

Araç: Yüz yüze

Amaç: Eğitim sürecinde teletıp konusundaki öğrenme deneyimlerini ve mesleki yaklaşımlarını değerlendirmek ve bir önceki odak grup görüşmesinden ortaya çıkan temaları derinleştirmek.

Üçüncü Aşama (Gerekirse – Ek Odak Grup):

Bu çalışma için yöntem bölümünde üçüncü aşama olarak, ilk odak gruptan elde edilen temaların derinleştirilmesi amacıyla gerekirse ek bir odak grup görüşmesi planlanmıştır. Ancak veri toplama sürecinde gerçekleştirilen odak grup ve bireysel görüşmelerin analizi sonucunda, elde edilen bulguların araştırma sorularını yanıtlamak için yeterli olduğu, temaların tekrar ettiği ve yeni anlamlı tema üretiminin belirgin biçimde azaldığı görülmüştür. Bu durum **veri doyunluğuna ulaşıldığını** göstermiş olup, ek odak grup görüşmesine ihtiyaç duyulmamış ve veri toplama süreci planlanan ilk iki aşamanın ardından sonlandırılmıştır.

3.3. Veri Toplama Süreci

Bu araştırmada veri toplama s¼reci iki aşamalı olarak planlanmış ve nitel araştırma ilkelerine uygun şekilde y¼r¼t¼lm¼řt¼r.

1. Aşama – Odak Grup G¼r¼řmesi (Aile Hekimliği Asistanları – Asistanlıkta 6 ayını doldurmamış olanlar)

İlk aşamada aile hekimliği asistanlarından 6 ayını doldurmamış asistanlarla gruba y¼nelik odak grup g¼r¼řmesi gerçekteşirilmifitir. G¼r¼řme, yarı yapılandırılmış odak grup formu kullanılarak y¼z y¼ze yapılmış; kişisel bilgilerin gizliliği ilkesine uygun olarak gerçekteşirilmifitir. Odak grup g¼r¼řmesi yaklaşık 90 dakika s¼rm¼řt¼r.

G¼r¼řme sonrasında elde edilen veriler hızlı bir şekilde analiz edilmiş, ¼n temalar ¼ıkarılmıř ve ¼zellikle derinleştirilmesi gereken alanlar belirlenmiştir. Bu ilk analiz, araştırmanın ikinci aşamasında kullanılacak bireysel derinlemesine g¼r¼řme formunun yapılandırılmasına doğrudan katkı sağlamıştır. B¼ylece araştırma s¼reci, nitel araştırmanın d¼ng¼sel ve s¼rekli analizle ilerleyen yapısına uygun şekilde dinamik olarak geliştirilmifitir.

2. Aşama – Bireysel Derinlemesine G¼r¼řmeler (Aile Hekimliği Asistanları – İki Yılını Doldurmuş)

İkinci aşamada asistanlıkta iki yılını tamamlamış d¼rt aile hekimliği asistanı ile yarı yapılandırılmış bireysel g¼r¼řmeler yapılmıştır. G¼r¼řmeler 30–45 dakika arasında s¼rm¼ř, a¼ık u¼lu sorularla y¼r¼t¼lm¼ř ve gerektiğinde ek sorularla derinleştirilmifitir. Bu g¼r¼řmeler, ilk aşamada elde edilen temalar ve ortaya ¼ıkan bilgi boşluklarını tamamlayacak biçimde planlanmıştır.

T¼m g¼r¼řmeler katılımcıların a¼ık onamı ile ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedilmifitir ve ardından araştırmacı tarafından yazılı metne aktarılmıştır.

3.4. Veri Analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler, Braun ve Clarke'ın tanımladığı tematik analiz yaklaşımını doğrultusunda değerlendirilmifitir (30). Tematik analiz, verilerdeki anlam

örüntülerini belirlemeye, sınıflandırmaya ve yorumlamaya olanak sağlayan esnek ve sistematik bir nitel analiz yöntemidir. Bu yöntem, teletıp uygulamalarına ilişkin deneyim, algı ve önerileri derinlemesine inceleme amacıyla uyumlu olduğu için tercih edilmiştir.

Analiz süreci aşağıdaki aşamalardan oluşmuştur:

1.Görüşme Kayıtlarının Yazıya Aktarılması

Odak grup ve bireysel görüşmeler araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine transkribe edilmiştir. Transkriptler doğruluk açısından kontrol edilmiş ve analiz için hazır hale getirilmiştir.

2.Verilere Aşinalık ve İlk Notlar

Araştırmacılar transkriptleri tekrar tekrar okuyarak veriye aşinalık kazanmış; dikkat çeken ifadeler, örüntüler ve olası kodlara ilişkin ilk notlar oluşturulmuştur.

3. Kodlama Süreci

Nitel ve karma yöntemli araştırmalarda yaygın olarak kullanılan MAXQDA, ilk olarak 1989 yılında geliştirilmiş; metin, ses ve görsel verilerin sistematik biçimde analiz edilmesine olanak sağlayan bir nitel veri analiz yazılımıdır. MAXQDA, araştırmacıların kodlama, tema oluşturma, veri görselleştirme ve karşılaştırmalı analiz süreçlerini yapılandırılmış ve şeffaf bir biçimde yürütmelerine imkân tanımaktadır.

Veriler MAXQDA 24 yazılımı kullanılarak sistematik şekilde kodlanmıştır. Kodlama sırasında hem veriden türeyen (tümevarımcı) hem de araştırma sorularına dayalı (kısmi yönlendirici) bir yaklaşım benimsenmiştir. Kodlama araştırmacı tarafından yapılmış, temalar üzerine araştırmacılar birlikte tartışarak karar vermiştir. Katılımcıların kimlikleri anonimleştirilmiş olup asistanlıkta 6 ayını doldurmamış asistanlarla “K”, iki yılını dolduranlar ise “R” harfi ile kodlanmıştır.

4. Temaların ve Alt Temaların Belirlenmesi

Kodlanan veriler arasındaki ortak örüntüler ve ilişkili anlam kümeleri bir araya getirilerek potansiyel temalar ve alt temalar oluşturulmuştur.

5. Temalar Arası İlişkilerin Analizi

Temalar arasındaki bütünlük, kapsam ve alt temaların tutarlılığı değerlendirilmiş; temalar arası ilişkiler incelenerek nihai tematik yapı oluşturulmuştur.

6. Bulguların Yorumlanması

Son aşamada temalar literatürle karşılaştırılarak yorumlanmış; katılımcı ifadeleriyle desteklenen kapsamlı bir analitik çerçeve oluşturulmuştur.

3.5. Etik İlkeler

Çalışmamız; Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.09.2025 tarihli, 2025-157 karar numarası ile onayı almıştır.

Tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır

Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılar, çalışmadan istedikleri anda çekilme hakkına sahiptir. Çalışma sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla bu tez için kullanılacaktır.

Katılımcıların kimlik bilgileri anonim tutulmuş ve veriler şifreli dijital ortamda saklanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan asistanlıkta 6 ayını doldurmamış aile hekimliği asistanları K1,K2...K8 ve 2 yılını doldurmuş aile hekimliği asistanları R1,R2,R3,R4 şeklinde kodlanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Kod	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Mezuniyet Yılı	Asistanlık Yılı	Toplam Çalışma Süresi
R1	30	Kadın	Bekar	2020	2 yıl 4 ay	13 ay
R2	30	Erkek	Evli	2019	2 yıl 3 ay	2 yıl 3 ay
R3	35	Kadın	Evli	2016	2 yıl 10 ay	3 yıl
R4	32	Kadın	Evli	2019	2 yıl 11 ay	3 yıl
K1	25	Kadın	Bekar	2024	3 ay	3 ay
K2	38	Erkek	Evli	2013	3 ay	3 ay
K3	26	Kadın	Bekar	2024	3 ay	5 ay
K4	27	Kadın	Bekar	2022	3 ay	5 ay
K5	37	Kadın	Bekar	2016	2 ay	10 ay
K6	34	Erkek	Evli	2016	4 ay	4 yıl
K7	35	Erkek	Evli	2020	4 ay	4 yıl
K8	25	Kadın	Bekar	2025	3 ay	3 ay

Odak grup ve bireysel görüşmelerden elde edilen veriler tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiş; katılımcıların teletıp uygulamalarına yönelik algıları, deneyimleri, avantaj ve engellere ilişkin görüşleri doğrultusunda ana temalar ve alt temalar yapılandırılmıştır. Analiz sonucunda ortaya çıkan bu tematik yapının özeti Tablo 2 de gösterilmektedir.

Tablo 2: Tema Tablosu

TEMALAR	• ALT TEMALAR
Teletıp Avantajları	<ul style="list-style-type: none">•Zaman ve Mekândan Bağımsız Sağlık Hizmeti Sunma•Hastane ve ASM Yoğunluğunu Azaltma•Bulaşıcı Hastalık Riskini Azaltma•Kronik Hastalık Yönetimini Kolaylaştırma•Dijital Sağlık Uygulamaları ile İşlemlerin Kolaylaşması•İş Gücü Kaybını Azaltma•Hekim Güvenliği: Şiddet Riskinin Azalması•Hekimler Arası Konsültasyonun Kolaylaşması
Teletıp Dezavantajları	<ul style="list-style-type: none">•Fizik Muayenenin Yapılamaması ve Klinik Değerlendirmenin Kısıtlanması•Eksik veya Yanıltıcı Bilgi Alma Riski•Tanı ve Tedavi Sürecinin Kısıtlanması•Hekimlik Yetkinliklerinin Kullanılmaması ve İletişimde Güçlük
Teletıp Genel Kullanım Alanları	<ul style="list-style-type: none">•Bulaşıcı Hastalık ve Karantina Süreçlerinde Kullanım•Koruyucu Hekimlik, Sağlık Eğitimi ve Taramalar•Danışmanlık ve Eğitim Amaçlı Kullanım•Yaşlı, Kırsal Bölgede Yaşayan, Ulaşımı Kısıtlı Hastalarda Kullanım•e-Nabız ve Dijital Kayıtlar Üzerinden Takip ve Değerlendirme
Kronik Hastalıklar Özelinde Teletıp	<ul style="list-style-type: none">•Kronik Hastalık İzlemi, Tansiyon/Şeker Takibi ve İlaç Repetasyonu•Süreç Takibi ve Dijital Kayıtların Önemi•Koruyucu Hekimlik ve Erken Dönem İzlem•Tedavi Uyumu, Motivasyon ve Farkındalığın Artırılması
Teletıp Önündeki Engeller	<ul style="list-style-type: none">•İnternet ve Teknolojik Altyapı Sorunları•Dijital Okuryazarlık Eksikliği ve Teknoloji Kullanım Güçlükleri•Donanım ve Ekipman Eksiklikleri•İletişim Engelleri•Uygulamanın Yaygınlaşmaması ve Hekimlerin Sistemi Benimsememesi
Etik Ve Hukuki Boyut	<ul style="list-style-type: none">•Hekimlik Sorumluluğu ve Teletıbbın Sınırları•Malpraktis Korkusu ve Hukuki Belirsizlik•Mahremiyet ve Veri Güvenliği•Kimlik Doğrulama, Yapay Zekâ, Suistimal ve Sigorta/Finansal Etik Sorunlar•Mevzuat, Standardizasyon ve Rehber İhtiyacı•Onam, Rıza ve Etik Kabul
Eğitim	<ul style="list-style-type: none">•Hukuki ve Klinik Sınırlar Açısından Eğitim İhtiyacı•Hekimlerin Yetkinlik ve Özgüven Düzeyi•Yapılandırılmış, Kısa ve Uygulamalı Eğitim Önerileri•Evde Sağlık ve Diğer Birimlere Yönelik Eğitim Gereksinimi•Hekim ve Hasta İçin Farkındalık ve Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi•Güven, Kabul ve Kültürel Boyut
Uygulama Önerileri	<ul style="list-style-type: none">•Karma Model: Evde Sağlık ve Teletıp Entegrasyonu•Hasta Seçimi, Triyaj ve Kriterlerin Belirlenmesi•Hizmetin Zaman ve Mekân Açısından Organizasyonu•Altyapı, Ekipman ve Cihaz Entegrasyonu•Farkındalık, Sağlık Okuryazarlığı ve Bilgilendirme Mekanizmaları•Kronik Hastalık Yönetimi ve Dijital Uygulamalar•Güvenlik, Kimlik Doğrulama ve e-Nabız Düzenlemeleri

4.2.Tema 1. Teletıp Avantajları

Katılımcılar teletıp uygulamalarının hem hasta hem de hekim açısından çok yönlü faydalar sağladığını belirtmiştir. Teletibbın avantajları, özellikle erişim kolaylığı, bulaş riski azaltma, kullanıcı dostu dijital sağlık uygulamaları, kronik hastalık takibinde etkinlik, iş yükü ve zaman kaybını azaltma ve şiddeti önleme gibi başlıklarda yoğunlaşmıştır.

4.2.1. Zaman ve Mekândan Bağımsız Sağlık Hizmeti Sunma

Teletibbın en sık belirtilen avantajı, hastanın sağlık kuruluşuna gitmeye gerek kalmaksızın sağlık hizmetine erişebilmesini sağlamasıdır. Hem hastanın hem de hekimin mekân bağımsız çalışabilmesini mümkün kılması katılımcılar tarafından önemli bir kazanım olarak tanımlanmıştır.

Örnek İfadeler:

“Hastayı birebir aynı ortamda bulunmadan... ihtiyaçlarını gidermeye yardımcı olma.” (K5)

“Fiziken gelemeyecek koşullarda kesintisiz sağlık hizmeti sunmanın aracı.” (K6)

“Hekim için... hastanede bulunması gerekmez. Uzaktan erişimle hastasıyla iletişim kurabilir.” (R1)

4.2.2. Hastane ve ASM Yoğunluğunu Azaltma

Teletibbın özellikle basit hastalıklar, ilaç yenileme ve sonuç değerlendirme gibi durumlarda fiziksel başvuru ihtiyacını azaltarak hem hastane hem de aile sağlığı merkezlerindeki yoğunluğu azalttığı belirtilmiştir. Bu durumun hekimin iş yükünü hafiflettiği ve zaman yönetimini iyileştirdiği ifade edilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Basit hastalıklar için... laboratuvar sonuçlarını değerlendirmek için... yoğunluk oluşturmadan yapılabilir.” (K4)

“Hekimlerin zaman kaybını çok aza indirebilir. Kapıda bekleyen hasta stresinin önüne geçer.” (R3)

“Türkiye’de birinci basamakta yük çok fazla. Teletıp entegrasyonu olursa bu yük azalır.” (R4)

4.2.3. Bulaşıcı Hastalık Riskini Azaltma

Pandemi döneminde edinilen deneyimler doğrultusunda, teletıbbın özellikle bulaşıcı hastalıkların takibinde hasta-sağlık çalışanı temasını azaltarak hem hastayı hem de sağlık çalışanlarını koruduğu belirtilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Karantinadaki veya bulaşıcı hastalığa sahip kişilerin evden çıkmadan takibi için kullandık.” (K2)

“Bulaşıcı hastalığı olan hastaların... sağlık çalışanlarını riske atmadan ilaçlarının takibi açısından güzel bir uygulama.” (K7)

4.2.4. Kronik Hastalık Yönetimini Kolaylaştırma

Katılımcılar, kronik hastalıkların uzun süreli ve düzenli takibi için teletıbbın önemli bir avantaj sağladığını belirtmiştir. Hastaların evde ölçüm verilerinin aktarılması, ilaç takibinin yapılması ve düzenli sorgulama ile tedavi uyumunun artabileceği ifade edilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Kronik hastalığı olan, stabil seyreden hastaların hiç uğramadan ilaçlarının reçete edilmesi mümkün.” (R2)

“Yeni başlanan ilacın yanıtını değerlendirmek... evde ölçüm yapan hastanın verilerini kolayca iletmesi.” (R4)

“Arada sorgulanmak hastada bilinç oluşturur; tedaviyi sahiplenmesini sağlar.” (R4)

“Teletıp tedaviye uyumu olumlu etkiler... hastaya sorumluluk hissi verir.” (R3)

4.2.5. Dijital Sağlık Uygulamaları ile İşlemlerin Kolaylaşması

Katılımcılar e-Nabız, MHRS ve dijital raporlama sistemlerinin özellikle veri erişimi, ilaç geçmişine bakabilme, rapor yenileme, tetkik sonuçlarına ulaşma ve bürokratik süreçlerin azalması açısından büyük kolaylık sağladığını vurgulamıştır.

Örnek ifadeler:

“Okur-yazarlığı olmayan hastaların ilaçlarını sistemden görüp tedaviyi sürdürebiliyoruz.” (K1)

“E-Nabız... hastanın kan tahlilleri, görüntülemeleri, raporları... hepsinin bulunması açısından aşırı işimize yarayan bir şey.” (R2)

“Raporların, reçetelerin elektronik ortamda muhatap kurumlara gitmesi... bürokratik işlemleri azaltıyor.” (K7)

“Kişinin sağlık geçmişine bakmak... hangi ilaç kesilmiş, ne zaman bitiyor... bunlar çok kıymetli.” (K6)

4.2.6. İş Gücü Kaybını Azaltma

Hem hastaların işten izin alma ihtiyacını hem de hekimlerin fiziki mekânda bulunma zorunluluğunu azaltarak iş gücü kaybını önlediği vurgulanmıştır.

Örnek ifadeler:

“Karşı tarafın işten izin almasını gerektirmeyen bir durum... tüm devletin iyiliği için kurulmuş bir şey.” (K8)

“Hekimin hastaneye gelme zorunluluğu olmazsa çok iyi olur... evden hizmet verebilir.” (R3)

4.2.7. Hekim Güvenliği: Şiddet Riskinin Azalması

Katılımcılar teletıbbın hem fiziksel hem de sözel şiddet riskini azalttığını, bunun da hekim motivasyonunu artırabileceğini belirtmiştir.

Örnek ifadeler:

“Fiziksel şiddetin önüne geçecektir... gerektiğinde görüşmeyi sonlandırma hakkı sözel şiddeti de azaltır.” (R3)

4.2.8. Hekimler Arası Konsültasyonun Kolaylaşması

Teletıp, uzmanlık gerektiren durumlarda başka hekimlere hızlı danışmayı mümkün kıldığı için özellikle avantajlı görülmüştür.

Örnek ifadeler:

“Uzmanlara erişmek kolaylaşır; bizim açımızdan hekim–hekim konsültasyonu bir teletıp türüdür. Bölgemizde bulunmayan uzmanlara erişmek kolaylaşır. Acil vakalarda yardımcı sağlık personeline uzaktan destek sağlanabilir.” (R4)

4.3.Tema 2. Teletıp Dezavantajları

Katılımcılar, teletıp uygulamalarının önünde çeşitli engeller bulunduğunu ifade etmiştir. Bu engeller başlıca internet ve teknolojik altyapı sorunları, dijital okuryazarlık eksikliği ve teknoloji kullanım güçlükleri, donanım ve ekipman yetersizlikleri, hasta–hekim iletişimde yaşanan engeller ile uygulamanın yaygınlaşmaması ve hekimlerin sistemi yeterince benimsememesi başlıkları altında toplanmaktadır

4.3.1.Fizik Muayenenin Yapılamaması ve Klinik Değerlendirmenin Kısıtlanması

Katılımcıların üzerinde en çok durduğu dezavantaj fizik muayenenin sınırlandırılmasıdır. Teletıp kapsamında yalnızca anamnez ve kısıtlı inspeksiyon yapılabilmesi; palpasyon, perküsyon ve konsültasyonun uygulanamaması tanı koymada

risk yaratmaktadır. Katılımcılar özellikle akut hastalıklar, belirti gizleyebilen durumlar ve kritik fizik bulguların gözden kaçırılabilceğini vurgulamıştır.

Örnek ifadeler:

“Teletipta sadece anamnez ve inspeksiyona hâkim olabiliriz... diğer üç bileşen yok.” (K6)

“Hastayı yüz yüze görmek daha iyi; malpraktis açısından sıkıntılı.” (K3)

“Akut dönemde... gözle görmek, dokunmak, dinlemek gerekir; kaçırabiliriz.” (R1)

“Hastanın enerjisini, jestlerini, yürüyüşünü göremiyoruz.” (R4)

“Hastanın kilo kaybını ancak kıyafetlerinin bol gelmesinden fark ettik... teletıp olsaydı bu gözden kaçardı.” (K4)

4.3.2. Eksik veya Yanıltıcı Bilgi Alma Riski

Hastanın yüz yüze görüşmede bile her zaman doğru ve tam bilgi vermediği, uzaktan görüşmelerde bu durumun daha da artabileceği belirtilmiştir. Katılımcılar, sağlık okuryazarlığının düşük olduğu toplumlarda teletıbbın eksik anamnez ve yanlış beyan riskini artırabileceğini ifade etmiştir.

Örnek ifadeler:

“Hasta yüz yüze bile dürüst cevap vermeyebiliyor; uzaktan daha da yanıltıcı olabilir.”(K4)

“Hastalar olağan şikayetini söylemeyebiliyor; yüz yüze daha iyi ortaya çıkıyor.” (R2)

“Hastanın söylediği ölçümlerin doğruluğu şüphe yaratabilir.” (R1)

4.3.3. Tanı ve Tedavi Sürecinin Kısıtlanması

Laboratuvar sonuçları, vital bulgular veya ani klinik değişiklikler gibi durumların uzaktan yeterince değerlendirilememesi, tanısal süreçleri zorlaştırmaktadır.

Örnek ifadeler:

““Şüphelendim, baktım potasyum yüksekti” diyebiliyoruz; bu sefer uzaktan o imkânımız hiç olmayacak.” (K6)

“Tetikik gerektiren durumlarda teletıp yetersiz kalabilir.” (R3)

4.3.4. Hekimlik Yetkinliklerinin Kullanılmaması ve İletişimde Güçlük

Katılımcılar teletıbbın hekimlik pratiğinde önemli olan non-verbal iletişim unsurlarını (jest, mimik, duruş, yürüme) sınırladığını, bunun da klinik yargıyı zayıflatabileceğini belirtmiştir.

Örnek ifadeler:

“Hastanın gelişinden bile şikayetini tahmin ederiz; internette küçük bir ekranda bunu göremeyiz.” (R2)

“Hekimlik gücümüzü geriye çekebilir istemeden.” (R2)

4.4.Tema 3. Teletıp Genel Kullanım Alanları

Katılımcılar teletıpı, özellikle bulaşıcı hastalık takibi, kronik hastalık izlemi ve ilaç tekrarları, koruyucu hekimlik ve sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetleri, yaşlı ve kırsalda yaşayan hastalara ulaşımın zor olduğu durumlar ve yüz yüze muayeneyi tamamlayıcı takip görüşmeleri için uygun bir araç olarak tanımlamıştır. Genel yaklaşım olarak, teletıbbın ilk tanı koyma ve kapsamlı muayene yerine, daha çok takip, bilgilendirme ve danışmanlık amaçlı kullanılmasının uygun olduğu vurgulanmıştır.

4.4.1. Bulaşıcı Hastalık ve Karantina Süreçlerinde Kullanım

Bazı katılımcılar teletıbbın özellikle bulaşıcı hastalıkların takibi ve karantinadaki hastaların kontrolü için uygun bir araç olduğunu belirtmiştir. Bu sayede hem hastaların evden çıkmadan izlenebildiği hem de sağlık çalışanlarının bulaş riskinden korunabildiği ifade edilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Karantinada olan ve bulaşıcı hastalıklar kategorisinde kullanılabilir.” (K2)

“Bulaşıcı hastalığı olan hastaların... sağlık çalışanlarını riske atmadan ilaçlarının takibi açısından güzel bir uygulama.” (K7)

4.4.2. Koruyucu Hekimlik, Sağlık Eğitimi ve Taramalar

Katılımcılar birinci basamakta teletıbbın en uygun kullanım alanlarından birinin koruyucu hekimlik olduğunu vurgulamıştır. Özellikle tansiyon ve diyabet taramaları, yaşam tarzı değişikliği eğitimi, kanser taramaları hakkında bilgilendirme gibi alanlarda teletıbbın etkin şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Biz koruyucu hekimlik yaptığımız için... tanı koymaktan çok, kronik hastalıklara yakalanmadan önceki süreçte teletıp kullanıyoruz.” (K2)

“Bazı hastalıkları erken yakalayabilmek ya da vatandaşları hasta olmadan bilgilendirmek... koruyucu önlemleri, yaşam tarzı değişikliklerini anlatabiliriz.” (K2)

“Kanser taramalarında hastayı bilgilendirebiliriz... kolon, akciğer, HPV, meme kanseri gibi konularda bilgilendirme yapılabilir.” (R3)

“Tansiyon taramalarında ya da takiplerinde kullanılabileceğini düşünüyorum... diyabette en azından takibinde kullanılabilir.” (K5)

4.4.3. Danışmanlık ve Eğitim Amaçlı Kullanım (Sigara Bırakma, Emzirme, Yaşam Tarzı, Ruh Sağlığı)

Katılımcılar teletıbbın özellikle danışmanlık ve eğitim gerektiren durumlar için çok uygun olduğunu belirtmiştir. Sigara bırakma, emzirme eğitimi, ilaç kullanımı, beslenme ve yaşam tarzı düzenlemeleri, çocuk beslenmesi ve ruh sağlığı gibi alanlarda teletıbbın avantajlı olduğu vurgulanmıştır.

Örnek ifadeler:

“Sigara bağımlılarında... emziren annelerde emzirme eğitimi için... psikolojik sorunları olanlara birinci basamakta psikolojik destek sağlamak için kullanılabilir.” (K4)

“Yani direkt tedavi amaçlı değil ama bilgilendirme, danışma gibi kullanılabilir.” (K3)

“Danışmanlık hizmetlerinde yardımcı olabiliriz. İlacını nasıl kullanacağını, hastalıkla ilgili ne yapması gerektiğini söyleyebiliriz.” (R1)

“Tansiyon takibi, ilaç yan etkilerinin sorgulanması... çocuklarda beslenme danışmanlığı, ek gıdaya geçiş, vitamin kullanımı gibi bilgilendirme içeren görüşmeler teletıpla çok kolay takip edilebilir. Ruh sağlığı alanında da kullanılabilir.” (R3)

“Psikolojik danışmanlık, yaşam tarzı önerileri, diyet önerileri, ilaç kullanım danışmanlığı, tansiyon–şeker dalgalanmalarının yönetimi gibi pek çok konuda kullanılabilir.” (R4)

4.4.4. Yaşlı, Kırsal Bölgede Yaşayan veya Ulaşımı Kısıtlı Hastalarda Kullanım

Katılımcılar, köyde yaşayan, ulaşım imkânı kısıtlı veya yaşlı hastalarda teletıbbın önemli bir kolaylık sağlayacağını belirtmiştir. Bu sayede hastaların rapor yenileme, ilaç tekrarları veya danışmanlık için gereksiz yere sağlık kuruluşuna gitmek zorunda kalmayacağı vurgulanmıştır.

Örnek ifadeler:

“Yaşlı hastalara, köyden gelemeyen hastalara... raporuna göre ilacı kullanmaya devam edenlerde repetasyon için teletıp çok faydalı.” (K6)

“Uzak köylerde oturan... ‘sadece raporum yenilense, onun için oraya mı geleceğim?’ diyen birçok insan var. Görüntülü görüşme ile raporu yenilemek ekonomik yükü azaltır.” (R2)

4.4.5. e-Nabız ve Dijital Kayıtlar Üzerinden Takip ve Değerlendirme

Teletibbın, e-Nabız ve dijital kayıt sistemleriyle birlikte kullanıldığında daha etkili olduğu vurgulanmıştır. Hastaların ilaçları, tetkik sonuçları, raporları ve aşılama durumları gibi bilgilere uzaktan erişebilmenin hem hekim hem de hasta açısından önemli kolaylıklar sağladığı ifade edilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Teletibbın e-Nabız gibi raporlar, ilaç sorgulama alanlarında kullanılmasını çok beğeniyorum.” (K3)

“Kişinin hastalıkları, ilaçları, aşıları... çoğu insan aşı yaptıırıp yaptıırmadığını bilmiyor; e-Nabız bu açıdan çok faydalı.” (K3)

4.5.Tema 4. Kronik Hastalıklar Özelinde Teletıp

Katılımcılar, teletibbın kronik hastalık yönetiminde önemli bir potansiyel taşıdığını, ancak bunun daha çok takip, danışmanlık ve koruyucu hekimlik odaklı olması gerektiğini vurgulamıştır. Genel görüş, kronik hastalıklarda teletibbın yüz yüze muayenenin yerine geçmemesi, fakat süreci destekleyen ve hastayı sistem içinde tutan bir araç olarak kullanılması yönündedir.

4.5.1. Kronik Hastalık İzlemi, Tansiyon/Şeker Takibi ve İlaç Repetasyonu

Katılımcılar, stabil seyreden kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan hastalarda teletibbın özellikle tansiyon/kan şekeri izlemi, ilaç tekrarları ve rapor yenilemeleri için kullanılabileceğini vurgulamıştır. İlk muayenenin yüz yüze yapılması, sonrasında ise takiplerin teletıp aracılığıyla sürdürülmesi gerektiği belirtilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Tansiyon ilaçlarını düzenli kullanıyorsa, ölçümlerini evde yapıyorsa... direkt ilacını yazdırmak için.” (K5)

“İlk muayenesi görüntülü olmaz... sonuç için farklı bir gün teletıp kullanılabilir.” (K4)

“İlaç repetasyonlarında... hem hastanın işini kolaylaştıran hem de ‘komşumun ilacını yaz’ gibi durumlardan bizi koruyan bir şey. Burada birinci sıraya ilaç repetasyonunu koyarım.” (K6)

“Kronik hastalığı olanlar... hiç yanınıza uğramadan görüntülü görüşmeyle anamnezi alınıp ilaçlarının reçete edilmesi, raporlanması her iki taraf açısından da sağlıklı olur.” (R2)

“Reçete tekrarları için kullanılabilir... uzaktan reçete yazmak mantıklı geliyor.” (R1)

“On yıldır aynı tansiyon ilacını kullanan ve tetkikleri yakın zamanda yapılmış hastanın rapor yenilenmesi için gelmesine gerek yok.” (R3)

4.5.2. Süreç Takibi ve Dijital Kayıtların Önemi

Kronik hastalıklarda uzun süreli sürecin izlenmesi, katılımcılar tarafından en az yüz yüze değerlendirme kadar önemli görülmüştür. Dijital sistemlerin hastanın tüm tetkik ve tedavi geçmişini “süreç halinde” sunması, teletıbbın güçlü yönlerinden biri olarak tanımlanmıştır.

Örnek ifadeler:

“Kronik hastalıklarda... anlık hastayı görmek tabii ki değerli ama süreci değerlendirmek de önemli. Teletıbbın bu kayıtları tutması çok değerli. ‘Anın resmini çekmektense videoyu görmek’ bizim için daha değerli.” (K7)

“Hastanın her türlü tetkik sonuçlarını, görüntülemeleri, ilaçlarını bir arada görebilmek bizim için çok güzel.” (K3)

Bu bakış açısı, kronik hastalık yönetiminde teletıbbın özellikle uzun dönemli izlem ve veri bütünlüğü açısından kullanışlı olduğunu ortaya koymaktadır.

4.5.3. Koruyucu Hekimlik ve Erken Dönem İzlem

Teletıp, kronik hastalıklar ortaya çıkmadan önceki dönemde, riskli bireylerin bilgilendirilmesi ve izlenmesi için uygun bir araç olarak görülmektedir. Katılımcılar, özellikle yaşam tarzı değişiklikleri ve erken belirtilerin tanınması konusunda teletıbbın etkin olabileceğini vurgulamıştır.

Örnek ifadeler:

“Kronik hastalıklarla ilgili yakalanmadan öncesini takip edebilmek için kullanıyoruz... hasta olmadan, o hastalığa yakalanmadan önce koruyucu önlemleri ve yaşam tarzı değişikliklerini anlatabiliriz.” (K2)

“Teletıptaki daha çok yönelmemiz gereken konu... kronik hastalıklarla ilgili takibi yapabilmek ya da önleyebilmek. Kamu spotları, sanal ortamlar bile bir teletıp gibi düşünülebilir.” (K2)

4.5.4 Tedavi Uyumunu, Motivasyonu ve Farkındalığın Artırılması

Katılımcılar, kronik hastalıklarda teletıbbın özellikle tedavi uyumunu artırma, hastayı motive etme ve hastalığına dair farkındalığını yükseltme açısından önemli bir araç olabileceğini belirtmiştir. Düzenli aramalar ve ara değerlendirmelerle hastanın sisteme “bağlı kalması” hedeflenmektedir.

Örnek ifadeler:

“Tansiyon ve şeker taraması için gittiğimizde... hastaneye gitmeye üşendiği için ilaçlarını bırakan hastalar gördüm. Bu tür hastalara riskleri anlatmak, motivasyonu sağlamak için teletıp faydalı olabilir.” (K7)

“Diyabet hastasında iki ayda bir internet üzerinden ‘Şekerlerin düzenli mi, bir şikâyetin var mı?’ diye sorarak takibi sağlanabilir.” (K3)

“Tansiyon takibi... hastayı belli aralıklarla arayıp sormak, şikâyeti olup olmadığını öğrenmek çok faydalı; gereksiz hastane başvurularını azaltır.” (R2)

“Kronik hastalık... hastanın hayatının bir parçası. Sürekli hastaneye getirmek yerine aralarda teletıpla takip etmek tedavi uyumunu artırır. Arada sorgulanmak hastada bilinç oluşturur; tedaviyi sahiplenmesini sağlar.” (R4)

“Hastanın tansiyon ölçümleri, şeker takibi, kan değerleri gibi bilgileri bize teletıp ile göstermesi mümkündür. Yeni ilaç başlanan hastalarda yan etkileri sorgulamak için kullanılabilir.” (R3)

4.6.Tema 5. Teletıbbın Önündeki Engeller

Katılımcılar teletıbbın uygulanabilirliğini sınırlayan çok sayıda engelden bahsetmiştir. Bu engeller temel olarak teknik altyapı eksiklikleri, hasta ve hekim kaynaklı kullanım güçlükleri, fizik muayene ve klinik değerlendirmeye ilişkin sınırlılıklar, donanım/ekipman eksiklikleri, kimlik doğrulama ve e-Nabız erişim sorunları, dijital okuryazarlık yetersizliği ve mahremiyet–güvenlik riskleri etrafında toplanmaktadır.

4.6.1. İnternet ve Teknolojik Altyapı Sorunları

Katılımcıların en sık vurguladığı engellerden biri, özellikle kırsal bölgelerde internet altyapısının yetersizliği ve buna bağlı olarak görüntülü görüşmelerde kesinti, donma ve iletişim bozukluğu yaşanmasıdır.

Örnek ifadeler:

“Köyde yaşayan bir hastayı muayene etmek istediğimizde... internet çekmediği için konuşma kesilebilir.” (K1)

“İnternete düzgün bağlanamayacağız, düzgün konuşamayacağız. O beni ne kadar anlayacak, ben ne kadar anlayacağım?” (R2)

“En önemlisi internet bağlantısı. Kırsal bölgelerde internet olmaması doğrudan engeldir.” (R3)

“İnternet altyapısının zayıf olması... acil durumlarda kullanılmaya çalışılması zaman kaybı olur.” (R4)

Bu sorunlar, teletıbbın sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen yapısal engeller olarak tanımlanmıştır.

4.6.2. Dijital Okuryazarlık Eksikliği, e-Nabız Erişim Engeli ve Teknoloji Kullanım Güçlükleri

Yaşlı, eğitim düzeyi düşük veya teknolojiye aşina olmayan hastaların teletıp görüşmelerinde kendilerini ifade etmekte zorlandıkları, görüntülü görüşmeyi yönetemedikleri ve sürece adapte olamadıkları belirtilmiştir.

E-Nabız’ın SMS doğrulamasına bağlı oluşu da özellikle hastanın telefonuna erişilemediği durumlarda ciddi bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca hastanın verileri “erişime kapatma” seçeneğini yanlışlıkla işaretlemesi de hem aile hekimliği hem de acil servis için risk yaratmaktadır

Örnek ifadeler:

“Hasta yaşlıysa teknolojiyle haşır neşir değilse... kendini çok net ifade edemeyebilir.” (K1)

“Yalnız yaşayan bir yaşlıyla teletıp görüşmesi yapmak zor olabilir; yanında bir yakını olması gerekir.” (R1)

“Yaşlı hastaların kullanmakta zorlanması, dijital okuryazarlık eksikliği, erişim sorunları.” (R4)

“Herkes online görüşme kullanmayı bilmiyor. Hastaya ilaçlarını göster diyeceğiz, gösteremeyecek.” (R1)

Bu durum, teletıbbın eşit erişim ilkesi açısından da ciddi bir bariyer oluşturmuştur.

“SMS onayı bir yerde kaldırılmalı... hastanın bilgilerine ulaşamıyoruz; farklı bir telefonda kayıtlı oluyor.” (K4)

“Bilinci kapalı hasta geliyor; verilerini kapatmış oluyor... acildeki doktor dahi göremiyor.” (K7)

Bu engeller hem hasta güvenliği hem de acil karar alma süreçleri açısından kritik bir sorun olarak tanımlanmıştır.

4.6.3. Donanım ve Ekipman Eksiklikleri

Kronik hastalık yönetiminde teletıbbın etkin olabilmesi için hastanın belirli cihazlara sahip olması gerekir. Ancak katılımcılar, özellikle kırsalda yaşayan birçok hastanın tansiyon aleti, şeker ölçüm cihazı, EKG cihazı gibi ölçüm araçlarına sahip olmadığını belirtmiştir.

Örnek ifadeler:

“Şeker aleti olacak, tansiyon aleti olacak... çoğu hastanın yanında tansiyon aleti yok. İnsülin kullanan bazı hastaların şeker aleti bile yoktu.” (K3)

“EKG takibi.” (K8 – bağlam: mümkün olmayışı bir engel olarak)

Bu eksiklikler, teletıbbın özellikle kronik hastalık izleminde uygulanabilirliğini önemli ölçüde azaltmaktadır.

4.6.4. İletişim Engelleri

Dil bariyerleri, işitme sorunları, düşük sağlık okuryazarlığı gibi faktörler teletıp görüşmelerinde iletişimin sağlıklı kurulmasını zorlaştırmaktadır.

Örnek ifadeler:

“İletişim becerileri önemli. Türkçe bilmesi, işitebilmesi gerek.” (R1)

“Yaşlı bir birey varsa yüz yüze bile iletişim sıkıntısı yaşayabiliyoruz; ekrandan daha da zor olur.” (R2)

4.6.5. Uygulamanın Yaygınlaşmaması ve Hekimlerin Sistemi Benimsememesi

Bazı katılımcılar, teletıp sisteminin teknik olarak var olmasına rağmen hem hekim hem de hasta tarafından yeterince benimsenmemiş olmasının kullanımın önünde engel olduğunu belirtmiştir.

Örnek ifadeler:

“Uygulamanın yaygınlaşmamış olması teletıp kullanımına engel olabilir.” (R1)

“Hastalar kullanmıyor. Biz de ‘Teletıp var, oradan randevu alın’ diye yönlendirmiyoruz; çünkü kendimizi güvende hissetmiyoruz, hem de eğitimini almadık. Cihaz kuruldu ama kimsenin eğitim aldığını düşünmüyorum.” (K2)

“Biz de kabullenemiyoruz. Orada o sistem var ama zihnimizde yok; sistem olduğunu kabul etmiyoruz bence.” (K2)

“Sanal ortamda muayene iyi hissettirmiyor hekime; hastayla yüz yüze muayene daha iyi geliyor.” (K3)

Bu durum, teletıbbın kullanılmamasında yalnızca teknik değil, kültürel ve mesleki direnç boyutu da olduğunu göstermektedir.

4.7.Tema 6. Etik ve Hukuki Açıdan Değerlendirmeler

Katılımcılar, teletıp uygulamalarını yalnızca teknik ve klinik boyutlarıyla değil, aynı zamanda etik ilke ve hukuki sorumluluklar çerçevesinde de değerlendirmiştir. Görüşler, özellikle hekimlik sorumluluğunun sınırları, malpraktis riski, mahremiyet ve veri güvenliği, suistimal, yapay zekâ ve kimlik doğrulama kaygıları ile mevzuat ve standardizasyon ihtiyacı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Genel olarak katılımcılar, teletıbbın uygun çerçeve ve net kurallarla desteklenmesi halinde etik açıdan kullanılabilir olduğunu, ancak mevcut belirsizliklerin hekimlerde çekince yarattığını ifade etmiştir.

4.7.1. Hekimlik Sorumluluğu ve Teletıbbın Sınırları

Bazı katılımcılar, teletıbbın tanı koyma ve kapsamlı tedavi planlama aracı olmaktan ziyade, daha çok yönlendirme, danışmanlık ve ilaç repetasyonu gibi alanlarda kullanılmasının etik ve hukuki açıdan daha uygun olduğunu belirtmiştir. Özellikle kronik hastalıklarda, yüz yüze muayeneyi tamamlayan bir araç olarak görülmektedir.

Örnek ifadeler:

“Tedavi, daha doğrusu teşhis etmek gibi bir sorumluluk olmaması gerektiğini düşünüyorum.” (K2)

“İlaç repetasyonlarında... hem hastanın işini kolaylaştıran hem de ‘Komşumun ilacını yaz, babamın ilacını yaz’ gibi durumlardan bizi koruyan bir şey.” (K6)

Bir başka katılımcı, teletıbbın yüz yüze olmayan reçete düzenlemelerine kıyasla hekim açısından daha koruyucu olabileceğini, hastayı görüntüyle görmek ve durumunu sorgulamanın etik açıdan daha güvenli bir çerçeve sağlayacağını vurgulamıştır:

“Yasal olmasa da... uzaktaki yaşlı hastalar gelemediklerinde bir yakınıyla reçeteyi gönderip yazdırma gibi şeyler oluyordu. Teletıp bunun için koruyucu olabilir... hastayı görüntü olarak görüp tansiyonlarını takip edip etmediğini sorup, duyuğunu gözlemleyerek ilacını yazmak benim için artı olur.” (K5)

4.7.2. Malpraktis Korkusu ve Hukuki Belirsizlik

Katılımcılar, teletıp uygulamalarında eksik muayene, yanlış değerlendirme ve kritik bulguların atlanması nedeniyle malpraktis riskinin arttığını düşünmektedir. Özellikle kronik hastalıkların ilaç tekrarları sırasında, laboratuvar değerlerine ulaşamama veya fizik muayene yapamama durumunun hukuki açıdan hekimi zor durumda bırakabileceği vurgulanmıştır.

Örnek ifadeler:

“Malpraktis davalarına da yol açabilir; yanımızda olmayıp uzaktan değerlendirmek... zorlaştırıcı olduğunu düşünüyorum.” (K4)

“Hasta muayenesi kısmında... malpraktis açısından bence sıkıntılı bir sistem.” (K3)

“Potasyumu o sırada 7 olan kişiye... uzaktan yazdığımızda problemlerle karşılaşma ihtimalimiz gerçekten yüksek. O kişi o sırada kardiyak ölüm geçirirse böyle bir hukuki durum var. Teletipta bunun daha da ucu açık gibi geliyor bana.” (K6)

“Görüntülü görüşmede... ‘Acaba şu an doğru kişiyle mi görüşüyorum? Yapay zekâ videoları nereye gidiyor?’ diye düşünüyorum. Bu his, güvenli gelmiyor.” (R2)

Katılımcılar, kırmızı çizgilerin belirlenmesi, hangi durumda mutlaka yüz yüze muayeneye geçileceğinin açıkça tanımlanması ve hekimlerin bu konuda eğitim almasının malpraktis riskini azaltacağını belirtmiştir:

“Kırmızı noktaları belirlememiz gerekir. Hangi durumda yüz yüze geçileceğini bilmek gerekir.” (R4)

“Hangi uygulamalarda ne yapabiliriz ne yapamayız... bize detaylı olarak anlatılması gerektiğini düşünüyorum.” (K4)

4.7.3. Mahremiyet ve Veri Güvenliği

Mahremiyet, katılımcıların en sık vurguladığı etik konulardan biridir. Hekimler hem hastanın bulunduğu ortamı kontrol edememekten hem de kendi görüntülerinin kaydedilerek izinsiz paylaşılmasından kaygı duymaktadır.

Örnek ifadeler:

“Evden yabancıyla konuşma algısı olabilir. Kültürel olarak mahremiyet açısından eşler tarafından sorun yapılabilir.” (R3)

“Hasta mahremiyeti açısından, daha yüz yüze görmek istemem... öyle daha sağlıklı.” (K3)

“Karşı tarafta nasıl bir ortamda hasta, onu bilemediğimiz için bence mahremiyet açısından çok uygun bir yöntem değil.” (K3)

“Hastanın bulunduğu ortamı biz göremeyiz, odada başka biri var mı bilemeyiz... aynı şekilde hasta da hekimin ortamını göremez. Bu mahremiyet açısından sıkıntı doğurabilir.” (R3)

“Görüntülü görüşmede kayıt altına alınmak beni rahatsız eder. Hasta yakınlarının benim görüntümü kaydetme ihtimalini düşünmek beni rahatsız eder.” (R1)

“Mahremiyet en önemli neden... hastanın görüntüyü bir kenardan kaydedip paylaşma ihtimali hekim için risk.” (R4)

4.7.4. Kimlik Doğrulama, Yapay Zekâ, Suistimal ve Sigorta/Finansal Etik Sorunlar

Katılımcılar, teletıp ortamında kimlik doğrulama, yapay zekâ ile sahte görüntü üretimi ve finansal çıkar amaçlı suistimal gibi risklere dikkat çekmiştir. Bu durumların hem etik ihlal hem de hukuki uyumsuzluk doğurabileceği vurgulanmıştır.

Örnek ifadeler:

“Hasta ölmüştür ama ölümünü saklayıp emekli maaşı almaya çalışan haberler görebiliyoruz... kronik hastalıkların raporlarını devam ettiriyor gibi gözüküyor, yaşadığını göstermek için. Burada da bir açık olabilir.” (R2)

“Ölümü beklenen hastalara hayat sigortası yaptırıp... vefat ettiğinde bu parayı almak için teletıp'taki epikriz ve geçmiş hastalık bilgilerini kullanma gibi durumlar... hem bankayı hem hastayı/merhumu, hem de hekimi mağdur etmeyecek net bir düzenleme olmalı.” (K7)

“Yapay zekâyı kullanarak karşımızda tanıdığımızı zannettiğimiz hastayla görüşmemizi sağlayabilirler... bir açık olmaması gerektiğine dair bize güven verilmeli.” (R2)

Bazı katılımcılar, bu riskleri azaltmak için karşılıklı doğrulama sistemi önerisinde bulunmuştur:

“Karşılıklı tek bir doğrulama sistemi olmalı. Bir kod olabilir... bu kodla görüşme yapılır. Yanlış kişinin görüşmeye dahil olması engellenir.” (R3)

4.7.5. Mevzuat, Standardizasyon ve Rehber İhtiyacı

Katılımcılar, teletıbbın etik ve hukuki açıdan güvenli kullanılabilmesi için mevzuatın netleştirilmesi, standardizasyon sağlanması ve sahada çalışanlar için açık rehberler oluşturulması gerektiğini vurgulamıştır.

Örnek ifadeler:

“Bu hukuksal olarak madde madde bize detaylı açıklanmalı... malpraktis olarak başımıza gelmemesi için ne yapmamız gerekiyor; bize detaylı olarak anlatılmalı.” (K4)

“Standardizasyon olması etik olarak daha iyi... ‘Bu hastaları alabilirsiniz, alamazsınız’ denmesi hem hasta için hem bizim için iyi olur. Reddetme hakkımızın olması da bizim için çok daha iyi olur.” (K8)

“Böyle bir risk var diye bu uygulamadan uzaklaşılmasını doğru bulmam. Ama gerekli hukuki ve yasal düzenlemelerin bakanlık ve devlet tarafından yapılması gerektiğini düşünüyorum.” (K6)

“Yönetmelikler yeterli değil. Saha görüşleri alınmalı. Yönetmelikler hukukçular ve sahaya hâkim doktorlar eşliğinde hazırlanmalı.” (R4)

Bu ifadeler, teletıbbın etik olarak sürdürülebilir olması için hekimleri ve hastaları koruyan, sahaya dayalı ve şeffaf bir hukuki çerçeve gerektiğini göstermektedir.

4.7.6. Onam, Rıza ve Etik Kabul

Bazı katılımcılar, hastanın teletıp görüşmesine katılmasının örtük bir onam anlamına geldiğini hem yüz yüze muayene hem de uzaktan muayenede bu rızanın temel olduğunu ifade etmiştir.

Örnek ifadeler:

“Hasta odamıza girdiği andan itibaren yazılı bir izin almıyoruz ama muayene için dokunabiliriz. Eğer yüz yüze muayene olmayı veya teletıp aracılığıyla muayene olmayı istiyorsa, diğer her şeyi aslında kabul etmiş olduğu için hukuksal açıdan çok bir sıkıntı olmayacağını düşünüyorum.” (K1)

“Reşit olmayan hastalarda veli gerekliliği yüz yüze olduğu gibi teletipte da olmalıdır.” (R3)

Bu yaklaşım, teletıpta da karşılıklı rıza, bilgilendirilmiş onam ve hastanın özerkliğine saygı ilkelerinin sürdürülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

4.8.Tema 7. Eğitim

Katılımcılar, teletıbbın birinci basamakta güvenli ve etkin biçimde uygulanabilmesi için hem hekimlere hem de hastalara yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının zorunlu olduğunu vurgulamıştır. Görüşler, özellikle hukuki/etik çerçeve ve uygulama sınırlarının öğretilmesi, uygulayıcıların yetkinlik ve özgüveninin artırılması, teletıbbın kapsamına ilişkin farkındalık kazandırılması ve dijital okuryazarlığın geliştirilmesi etrafında yoğunlaşmaktadır. Genel olarak hekimler, *“öğrenebiliriz ama eğitim almadan damdan düşer gibi başlamak istemiyoruz”* ifadesiyle özetlenebilecek bir yaklaşım sergilemiştir.

4.8.1. Hukuki ve Klinik Sınırlar Açısından Eğitim İhtiyacı

Katılımcılar, teletıp uygulamalarında hangi durumlarda ne yapılabileceği, hangi hastaların kabul edilip hangilerinin mutlaka yüz yüze yönlendirilmesi gerektiği, malpraktis riskini azaltmak için nasıl davranılması gerektiği konularında ayrıntılı ve standart bir eğitime ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.

Örnek ifadeler:

“Bu hukuksal olarak madde madde bize detaylı bir şekilde açıklanması gerektiğini düşünüyorum. Hangi uygulamalarda ne yapabiliriz ne yapamayız, hastaya malpraktis olarak başımıza gelmemesi için ne yapmamız gerekiyor; bize detaylı olarak anlatılmalı.” (K4)

“Her hasta görüntülü konuşma olarak başvuramalı. Ne için başvuracağını, biz neye bakacağımızı, neye bakmayacağımızı net olarak belirlenmesi gerektiğini düşünüyorum.” (K4)

“Kırmızı çizgiler belirlenmeli. Eğitim verilmeli. Hekim neyi yapıp neyi yapamayacağını bilmeli.” (R4)

Bu ifadeler, teletıp eğitimlerinin yalnızca teknik değil, klinik karar verme ve hukuki sorumluluk boyutlarını da içermesi gerektiğini göstermektedir.

4.8.2. Hekimlerin Yetkinlik ve Özgüven Düzeyi

Katılımcıların bir kısmı kendini teletıp konusunda yeterli veya öğrenmeye hazır görürken, önemli bir kısmı da sistem hakkında yetersiz ve güvensiz hissettiğini ifade etmiştir. Hekimler, Türkiye’de alışılmış “kervan yolda düzülür” yaklaşımının bu alanda tekrarlanmaması gerektiğini vurgulamıştır.

Örnek ifadeler:

“Kendimi yeterli hissetmiyorum, yeterli değilim ama biz yapa yapa öğreniyoruz bir şeyleri. Türkiye’de sanki böyle işliyor gibi; ‘kervan yolda düzülür’ gibi...” (K5)

“Sistem... en önemli kısmının bu olduğunu düşünüyorum. Uygulayıcı olarak bizim de bunu çok iyi bilmemiz gerekiyor... Hiç yetkin hissetmiyorum bu konuda.” (K8)

“Eğitim olmadan, bir anda mecbur kaldığımız çok fazla durum oluyor... Ölüyoruz adeta; öyle bir durum istemiyorum ben tekrardan. Eğitim kesinlikle.” (K8)

Buna karşılık bazı katılımcılar, uygun eğitimle bu sürecin rahatlıkla yönetilebileceğini ifade etmektedir:

Örnek İfadeler:

“Bence Türk hekimleri üstesinden gelir, öğrenir... birkaç günlük, hatta online eğitimlerle bile bu yetkinlik sağlanabilir. Biz üstesinden gelebiliriz.” (K6)

“Yeterli hissediyorum. Gerektiğinde yaparım. Teletıpla ilgili eğitim almadım ama yapılabilir geliyor.” (R1)

“Teletıp konusunda kendimi hazır hissediyorum... kısa bir eğitimle eksikler giderilebilir. Daha eski hekimlerde teknoloji kullanımı sıkıntı yaratabilir.” (R3, R4)

4.8.3. Yapılandırılmış, Kısa ve Uygulamalı Eğitim Önerileri

Katılımcılar, teletıp için verilecek eğitimin çok uzun sürmesi gerekmediğini, ancak mutlaka planlı, yapılandırılmış ve uygulamalı olması gerektiğini vurgulamıştır. Öneriler; bir-iki günlük yüz yüze veya online kurslar, demo uygulamalar, şablon soru setleri ve senaryo temelli eğitimler içermektedir.

Örnek ifadeler:

“Rapor polikliniğine gelen hasta grubu teletıp için uygundur. Ama teletıbbın başlaması için eğitim alınması gerekir... Eğitimler çok uzun zamanlar almasına gerek yok; bir iki günlük bir eğitim yeterlidir.” (R3)

“Gerekli sertifikalar ve eğitimler –gerekirse yüz yüze, gerekirse online– teletıp konuşuyoruz; bence kesinlikle online olmalı... Eğitim kesinlikle.” (K8)

“Güzel bir kurul oluşturulup... ‘Önce kimlikten emin olmak için şu soruları soralım, sonra şunlardan emin olalım’ gibi madde madde şablon olsun... küçük bir eğitim verilebilir, dağıtılabilir.” (R2)

“Demo çalışmalar yapılabilir. Hastanın aile hekiminin bilgilendirme yapması mümkündür. Zamanla herkes adapte olacaktır.” (R3)

4.8.4. Evde Sağlık ve Diğer Birimlere Yönelik Eğitim Gereksinimi

Katılımcılar, teletıbbın yalnızca aile hekimleri için değil, karma sistem uygulamaları için evde sağlık birimleri ve diğer birimlerde çalışan hekimler için de eğitim gerektirdiğini vurgulamıştır. Eğitimli ekiplerle yürütülen teletıbbın, diğer branşlarla konsültasyon açısından da daha ciddiye alınacağı ifade edilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Evde sağlık hekimine de eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Pratisyenken alıyorlar ve gerçekten bir anda oradasınız, yetkinliğiniz var ama hiçbir şey bilmiyor olabiliyorsunuz... Bu konuda eğitimliyiz diyebilmemiz gerekiyor.” (K8)

4.8.5. Hekim ve Hasta İçin Farkındalık ve Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi

Bazı katılımcılar, teletıbbın yalnızca hekim eğitime indirgenmemesi, hasta tarafında da farkındalık ve sağlık okuryazarlığı artırıcı çalışmalar yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Teletıbbın ne olduğu konusunda hem hekim hem hasta için bilgi açığı olduğu belirtilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Öncelikle sağlık okuryazarlığının artırılması gerekiyor. Hastaların internette yanlış kaynaklardan etkilenmesinin önüne geçilmeli. Hastaların kendi verilerini takip etmeleri çok önemli.” (R4)

“Teletıbbın neyi kapsadığının öğretilmesi lazım. MHRS’den randevu almanın, e-Nabız kullanmanın teletıp olduğunun farkında olunması gibi. Neleri yapabileceğimiz, neleri yapamayacağımız anlatılmalı.” (R4)

“Seçenek olduğunu bilmezseniz kullanmazsınız. Bilgi düzeyiniz düşükse kullanmaktan çekinirsiniz. Eğitim her iki taraf için de gerekli.” (R4)

“E-Nabız’ın bile teletıba girdiğini bilmiyordum ben, sadece görüntülü görüşme zannediyordum.” (R2)

4.8.6. Güven, Kabul ve Kültürel Boyut

Bazı katılımcılar, eğitimin yalnızca teknik bilgi vermekle kalmayıp, hasta–hekim ilişkisini ve karşılıklı güveni güçlendirecek şekilde kurgulanması gerektiğini dile getirmiştir. Devletin, hekimin kararını destekleyen bir tutum sergilemesinin de teletıbbın kabulünü artıracığı belirtilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Doktora olan güveni artırmalıyız... Doktor ‘gelmen gerekiyor’ diyorsa... hasta doktora karşı çıkıp itiraz etmemeli; gelmeli. Bu güveni vermesi lazım devletin.” (R2)

“Biz de kabullenemiyoruz. Orada o sistem var ama zihnimizde yok; sistem olduğunu kabul etmiyoruz bence.” (K2)

Bu ifadeler, eğitimin aynı zamanda kültürel değişim ve sistemin içselleştirilmesi ile de ilişkili olduğunu göstermektedir

4.9.Tema 8. Uygulama Önerileri

Katılımcılar, teletıbbın özellikle birinci basamakta kronik hastalık izlemine entegrasyonu için çok sayıda somut uygulama önerisi sunmuştur. Bu öneriler; karma model ve evde sağlık koordinasyonu, hasta seçimi ve triyaj, hizmetin zaman ve mekân açısından örgütlenmesi, altyapı ve ekipman gereksinimleri, farkındalık ve sağlık okuryazarlığının artırılması ile kronik hastalık yönetimine yönelik dijital çözümler başlıkları altında toplanmaktadır.

4.9.1. Karma Model: Çok Basamaklı Ekip Temelli Evde Sağlık ve Teletıp Entegrasyonu

Katılımcıların önemli bir bölümü, özellikle yatağa bağımlı, immobil veya sağlık kurumuna gitmesi güç olan hastalar için evde sağlık hizmetleri ile teletıbbın entegre edildiği karma bir model önermiştir. Bu modele göre ilk değerlendirme yüz yüze yapılmakta, devam eden süreçte ise teletıp kullanılmaktadır.

Örnek ifadeler:

“İlk muayenenin evde olması gerektiğini düşünüyorum... Gidip yerinde gördükten sonraki tedaviler teletıp ile yapılabilir.” (K5)

“Evde sağlık hizmetleri... yüz yüze verecek; daha sonrasında biz teletıp yöntemiyle... branş uzmanı raporunu çıkaracak veya takip edecek... hastanın kendisi gitmeden teletıp yöntemiyle tedavisinin devamı sağlanabilir. Araya evde sağlık hizmetleri ya da birinci basamakta mobil hizmetler girebilir; karma bir sistem.” (K2)

“Oradaki bağı da evde sağlık hekimleri... yerinde hastayla ve uzaktan doktorla o bağlantıyı sağlayacaktı.” (K6)

Bu öneriler, teletıbbın tanı koymaktan ziyade, evde sağlık ve mobil hizmetlerle birlikte süreç yönetimi ve uzman konsültasyonu amacıyla kullanılmasını öne çıkarmaktadır.

4.9.2. Hasta Seçimi, Triyaj ve Kriterlerin Belirlenmesi

Katılımcılar, teletıbbın her hastaya ve her duruma uygulanmaması gerektiğini, bunun için ön eleme (triyaj) ve standart kriterler geliştirilmesini önermiştir.

Bu kapsamda;

Hangi hastaların teletıbbı uygun olduğu, hangi durumlarda yüz yüze muayeneye mutlaka ihtiyaç olduğu, özellikle kronik hastalarda son tetkik zamanı, yüz yüze ziyaret sıklığı gibi ölçütlere dayalı filtreleme yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Ayrıca, teletıp randevusu almadan önce kısa bir tarama anketi / algoritma ile hastanın uygunluğunu değerlendiren sistemler önerilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Her hastayı ilk kabul ettiğimizde... hastanın o anki durumuna bağlı bir takvim planlamamız gerekiyor. Diyabet hastasında durumuna göre, kılavuzları takip ederek ‘iki ay sonra sizi şuraya yönlendireceğiz’ diye plan yapılabilir.” (K2)

“Her hasta görüntülü konuşma olarak başvurmamalı... Ne için başvuracağını, biz neye bakacağımızı, neye bakmayacağımızı net olarak belirlenmesi gerektiğini düşünüyorum... 112’yi arayınca önce bizi bir personel karşılıyor; burada da muayeneye almadan önce bir süzgeçten geçip ona göre karşımıza geçmesi gerektiğini düşünüyorum.” (K4)

“En son hastaneye ne zaman geldiğini, kan kontrollerinin ne zaman yapıldığını belirleyip; mesela altı aydan fazlaysa bize teletıp ile muayeneye alınmasın. Belli kriterler olsun, ön elemeden geçsin.” (K4)

“Bence bütün kronik hastalar başvurmamalı... Altı ay boyunca hiç hekimini yüz yüze görmemiş, hiç tetkik baktırmamış... bu hastalar bizim o görüşmeden faydalanmamalı.” (K4)

“‘Benim bu hastam bu hizmeti almaya uygundur’ diyen aile hekimi olabilir... Devlet aile hekimine bir kota verebilir; ‘Hastalarınızın yüzde onuna kadar bu kapsama alabilirsiniz’ gibi.” (K6)

“Telefon randevusu, görüntülü görüşme randevusu alanlar için üç-beş soruluk bir anket... ‘Aktif şikâyet var mı?’ ... Eğer muayene gerektirecek bir şeye çıkıyorsa en sonunda ‘Siz görüntülü görüşme alamazsınız, normal randevu almanız gerekiyor’ uyarısı vermeli.” (R2)

Bu öneriler, teletıbbın yapılandırılmış, risk temelli ve hekime karar desteği sağlayan bir sistem içinde kullanılmasını işaret etmektedir.

4.9.3. Hizmetin Zaman ve Mekân Açısından Organizasyonu

Katılımcılar, teletıp hizmetinin rutin poliklinik akışından ayrı planlanmasının hem hekim hem hasta açısından daha işlevsel olacağını belirtmiştir. Bu kapsamda:

- Teletıp için belirli gün ve saatlerin ayrılması,
- ASM veya köylerde “teletıp kabini / teletıp noktası” oluşturulması,
- Esnek mesai dilimlerinin teletıba ayrılması,

önerileri dile getirilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Aynı mobil hizmet gün ve saatleri belli olduğu gibi, teletıp hizmetinin de belli bir günü–saati olabilir... O da uygulamayı kolaylaştırır.” (K6)

“Belli bir gün belirlenmeli ve o saatlerde teletıp randevuları verilmeli... Bir normal hasta, bir teletıp hastası gibi karışıklıklar giderilmeli.” (K1, K5)

“Aile hekimlerinde esnek mesai diye bir şey var... Bu dönemlerde de teletıp hastaları alınabilir.” (K5)

“Teletıp noktaları olabilir. Teletıp kabinleri köylerde olabilir... ASM’lerde özel bir oda olabilir. Hastalar randevu alıp o odada diğer branş hekimiyle görüşebilir.” (R1, R3)

Bazı katılımcılar, internet ve teknolojiye erişimi olmayan hastalar için muhtarlıklarda veya köylerde teletıp noktaları kurulmasını ve buradaki görevlinin kimlik doğrulama ve yönlendirme rolü üstlenmesini önermiştir.

4.9.4. Altyapı, Ekipman ve Cihaz Entegrasyonu

Teletıbbın sağlıklı yürüyebilmesi için internet altyapısının güçlendirilmesi, uygun donanımın sağlanması ve tıbbi cihazların sisteme entegre edilmesi gerektiği sıkça vurgulanmıştır. Özellikle kırsal bölgelerde tansiyon ve şeker ölçüm cihazı eksikliği önemli bir engel olarak görölmüş; bu nedenle devlet tarafından ekipman desteği önerilmiştir.

Örnek ifadeler:

“şeker aleti olacak, tansiyon aleti olacak... çoğu hastanın yanında tansiyon aleti yok kırsalda... bunun çok sağlanabileceğini düşünmüyorum açıkçası.” (K3 – devamında, cihaz sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır)

“Sağlık Bakanlığı bunu sağlayabilir. şeker ölçme aletini, tansiyon aletini sağlayabilir... Eğer böyle bir hizmet götürecekse, ‘Sen gelme, biz seni doktora bağlayacağız’ diyorsa, en azından bunları sağlayabilir.” (K8)

“Cihaz entegrasyonu (glikoz sensörleri, tansiyon cihazları). Vital bulguların sisteme otomatik düşmesi... hastaların verilerinin güvenliğinin sağlanması önemli.” (R4)

Ayrıca, hızlı internet, yeterli ışık, ayrı ve mahrem bir oda gibi fiziksel koşullar da uygulamanın bir parçası olarak tanımlanmıştır.

4.9.5. Farkındalık, Sağlık Okuryazarlığı ve Bilgilendirme Mekanizmaları

Katılımcılar, teletıbbın etkin kullanılabilmesi için hem halkın teletıp imkânlarından haberdar edilmesi, hem de dijital sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiğini vurgulamıştır.

Öneriler arasında:

Televizyon ve sosyal medya yoluyla kamu spotları, MHRS benzeri hatırlatma sistemleri, mobil hizmet sırasında bilgilendirme, hastaların kendi verilerini izleyebileceği uygulamalar yer almaktadır.

Örnek ifadeler:

“Vatandaşların bu imkândan haberdar edilmediğini düşünüyorum. Spot reklamlarla televizyonlarda, internet ortamında duyurulabilir.” (K7)

“Altyapı çalışmaları yapılmalı. Mobil hizmetlerde bilgilendirme yapılabilir. Kamu spotları hazırlanabilir.” (R3)

“Hekimler için de hastalar için de... randevu zamanı geldiğinde onlara hatırlatma sistemi olsa... hastalar için de böyle hatırlatmalar olabilir.” (K8)

“Hastaların kendi verilerini takip etmeleri çok önemli. Uygulamalar geliştirilebilir. Hastanın verilerini tuttuğu bir sistem olmalı.” (R4)

Bu öneriler, teletıbbın sadece teknik değil, aynı zamanda davranışsal ve kültürel bir dönüşüm gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

4.9.6. Kronik Hastalık Yönetimi ve Dijital Uygulamalar

Katılımcılar, teletıbbın özellikle hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklarda, yüz yüze muayeneyi tamamlayıcı bir eğitim, danışmanlık ve izlem aracı olarak kullanılmasını önermiştir.

Bu kapsamda; tansiyon/şeker değerlerinin uygulama üzerinden kaydı, eşik değerler için otomatik uyarılar, “en kısa sürede aile hekimine başvurun” yönlendirmeleri, sigara bırakma, emzirme, psikososyal destek gibi konularda uzaktan danışmanlık önerilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Bu kronik tansiyon veya diyabet hastalarında uygulama üzerinden de bir şeyler sağlanabilir... Hasta ölçtüğü tansiyonları oraya yazıp bunun hakkında bilgi alabilir... ‘Şekerin çok yüksek, en yakın zamanda aile hekimine ya da dahiliyeye görünmen gerekiyor’ diyebilir.” (K3)

“Sigara bağımlılığı, emzirme, psikolojik destek gibi alanlarda da teletıp kullanılabilir.” (K4)

“Poliklinikte yaptığımız birçok işi teletıp ile bilgilendirme şeklinde yapabiliriz... kanser taramalarında hastayı bilgilendirmek, yaşam tarzı değişikliklerini anlatmak gibi.” (R3)

Bu öneriler, teletıbbın kronik hastalık yönetiminde izlem sıklığını artıran, hastalık farkındalığını güçlendiren ve yüz yüze başvuruları daha rasyonel hale getiren bir araç olarak kurgulandığını göstermektedir.

4.9.7. Güvenlik, Kimlik Doğrulama ve e-Nabız Düzenlemeleri

Katılımcılar, teletıbbın güvenli uygulanması için kimlik doğrulama ve veri erişimi konularında da önerilerde bulunmuştur.

Teletıp görüşmelerinde ortak doğrulama kodu kullanılması e-Nabız verilerine erişim engelinin hekim lehine esnetilmesi, muhtarlık veya teletıp noktalarındaki görevlinin kimlik doğrulamada rol alması gibi öneriler dile getirilmiştir.

Örnek ifadeler:

“Görüntülü görüşmenin yapılacağı yer muhtarlık olsun... böyle bir aldatmacada sorumluluk muhtarlıkta/ görevli kişide olsun. Karşıdakinin kim olduğunun bütün sorumluluğu doktorda olursa yanarız.” (R2)

“Karşılıklı tek bir doğrulama sistemi olmalı. Bir kod olabilir. Hasta ve hekime aynı kod gider... böylece yanlış kişinin görüşmeye dahil olması engellenir.” (R3)

“Bu acilde çok yaşanıyor... hasta verilerini kapatmış oluyor, acildeki doktor dahi göremiyor. Bu tür kritik yerlerde hekimlere bu bariyerlerin bir şekilde ortadan kalkması lazım.” (K7)

Bu öneriler, teletıbbın yaygınlaşması için hastalığı ve hekimi koruyan, sorumluluğu paylaşan bir güvenlik çerçevesi gerektiğine işaret etmektedir.

4.10. Asistan Kıdemine Göre Dikkat Çeken Farklılıklar

Katılımcıların özellikle eğitim ve uygulama önerilerine ilişkin görüşleri, kıdem farkına (K: 1. yılını doldurmamış, R: 2 yılını tamamlamış asistanlar) göre incelendiğinde, iki grup arasında hem ton hem de odak noktası açısından belirgin farklılıklar olduğu, ancak bazı temel konularda ortaklaştıkları görülmektedir. Kıdem arttıkça asistanların bakış açısının bireysel güvenlik sistem tasarımına görülmektedir. Kıdem farklılık Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3: Asistan Kıdemine Göre Teletıp Görüşleri Karşılaştırması

	K Grubu (1. Yıllı Doldurmamışlar)	R Grubu (2 Yıllı Tamamlamışlar)
Eğitim İhtiyacına Bakış	Güvensizlik ve Malpraktis Kaygısı Eksen: Kendilerini yetersiz ve güvensiz hissederek. Eğitim eksikliğini uygulamama gerekçesi yapabilirler.	Özgüven ve Hazırlık Eksen: Teknolojiyi kullanmaya daha hazır ve görece özgüvenlidirler. Eğitim eksikliğini mutlak engel görmezler.
Eğitim Talebi Odak Noktası	Bireysel Yetkinlik ve Güvenlik: Önceden yapılandırılmış, sertifikalı eğitim ve hukuki sınırları net bir rehber talep ederler.	Sistem Olgunlaşması ve Standartlar: Kısa ve hedefe yönelik eğitimlerle eksikleri tamamlayıp yola koyulmayı tercih ederler. Kırmızı çizgilerin netleştirilmesini isterler.
Uygulama Önerileri Odak Noktası	Mikro Klinik Güvenlik ve Hasta-Hekim İlişkisi: Kendi günlük pratiklerini ve birebir ilişkiyi güvenli kılmaya odaklanırlar.	Sistem ve Altyapı Tasarımı, Organizasyonel Model: Ulusal düzeyde entegrasyon ve organizasyonel çerçeveye odaklanırlar.
Temel Uygulama Önerileri (Mikro)	Teletıp öncesi sıkı triyaj ve ön eleme: Hastaya ilişkin kriterlerin tanımlanması. Teletıbbın tamamlayıcı olması, yüz yüze muayene yerine geçmemesi.	Randevu öncesi kısa anketler ve algoritmalarla hasta seçimi: Gerekli durumlarda hastayı otomatik yüz yüze randevuya yönlendiren karar sistemleri.
Temel Uygulama Önerileri (Sistemik)	Evde sağlık/mobil hizmetlerle entegre karma model Kırsalda kullanılmak üzere tansiyon/şeker ölçüm cihazı gibi ekipman sağlanması (Devlet tarafından)	Teletıp kabinleri veya teletıp noktalarının oluşturulması. Cihaz entegrasyonu (glikoz sensörü) ve verilerin hekim ekranına düşmesi. Randevulu ve organize edilmiş teletıp sistemi (MHRS benzeri)

4.10.1. Eğitim İhtiyacına Bakış: Güvensizlik–Hazırlık Eksen

K grubundaki asistanlar (K1–K8), teletıp konusunda kendilerini genel olarak yetersiz ve güvensiz hissettiklerini açıkça dile getirmektedir. K5 ve K8, “*kervan yolda*

düzülür” anlayışıyla pek çok işe başlanmasından rahatsız olduklarını, teletıp için de *“damdan düşer gibi”* yetki verilmesini istemediklerini, mutlaka önceden yapılandırılmış, sertifikalı eğitimler gerektiğini vurgulamaktadır. K2, K4 ve K8 hem hukuki sınırlar hem de hangi hastaya ne yapılabileceği konusunda maddeler halinde bir rehber ve ayrıntılı eğitim talep etmekte; K2 *“kendimizi güvende hissetmiyoruz, eğitimi almamak”* ifadesiyle bu eksikliği doğrudan uygulamama gerekçesi haline getirmektedir. K6 her ne kadar Türk hekimlerinin uyum kapasitesine güvenip, *“birkaç günlük eğitimle üstesinden geliriz”* dese de K4 aynı cümleye *“ama ben mecburiyetten değil, önce eğitim alarak yapmak isterim”* vurgusunu eklemektedir. Özetle, K grubunda eğitim talebi, kişisel güvensizlik ve malpraktis kaygısıyla iç içe geçmektedir.

R grubundaki asistanlar (R1–R4) ise kendilerini teknolojiyi kullanma ve teletıba uyum açısından daha hazır ve görece daha özgüvenli tanımlamaktadır. R1, teletıp eğitimi almamış olsa da *“gerekirse yaparım, yapılabilir geliyor”* diyerek, eğitim eksikliğini teletıp için mutlak bir engel olarak görmemektedir. R3 ve R4, kendi kuşaklarının ortaokuldan beri teknolojiyle iç içe olduğunu, bu nedenle kısa ve hedefe yönelik eğitimlerle süreci rahatlıkla yürütebileceklerini belirtmektedir. Bununla birlikte R3 ve R4 de, tıpkı K grubu gibi, kırmızı çizgilerin, kuralların ve çerçevenin netleştirilmesi gerektiğini vurgular; ancak onların dili, K grubundaki *“yetersizlik”* ten çok *“eksikleri kısa eğitimlerle tamamlayıp yola koyulabiliriz”* tonundadır.

Böylece, R grubu eğitim ihtiyacını daha çok sistemin olgunlaşması ve standartların belirlenmesi için gerekli görürken, K grubu bunu bireysel yetkinlik ve güvenliğin ön koşulu olarak görmektedir.

4.10.2. Uygulama Önerilerinde Odak: Mikro Klinik Güvenlik vs. Sistem ve Altyapı Tasarımı

K grubunun uygulama önerileri, daha çok kendi günlük pratiklerini ve birebir hasta–hekim ilişkisini güvenli kılmaya odaklanmaktadır. K2, K5 ve K6;evde sağlık ve mobil hizmetlerle entegre karma model (ilk muayenenin evde, sonraki izlemlerin teletıpla yapılması),tam yatağa bağımlı veya gerçekten gelemeyen hastalar için uzaktan rapor ve ilaç yenileme, teletıp öncesinde mutlaka triyaj, ön eleme ve hastaya ilişkin

kriterlerin (son tetkik zamanı, yüz yüze ziyaret aralığı vb.) tanımlanması, teletıp için belirli gün/saat ayrılması ve hasta sayısının azaltılması, kırsalda kullanılmak üzere tansiyon ve şeker ölçüm cihazı gibi ekipmanların devlet tarafından sağlanması gibi öneriler getirmektedir.

Bu önerilerin ortak noktasında, *“hastayı hiç görmeden tanı koymak zorunda kalmayalım, teletıp yüz yüze muayenenin yerine değil, tamamlayıcısı olsun”* anlayışı yer almaktadır. K4 ve K5’in önerdiği, kronik hastaların son tetkik zamanına göre teletıba kabul edilmesi ya da ilk değerlendirmeyi aile hekiminin yapıp *“bu hasta teletıp için uygundur”* şeklinde işaretlemesi, K grubunun mikro düzeyde klinik güvenliği garantiye alma çabasını yansıtmaktadır.

R grubunun uygulama önerileri ise daha çok sistem ve altyapı tasarımına, organizasyonel modele ve ulusal düzeyde entegrasyona odaklanmaktadır. R3 ve R4;ülke genelinde internet ve altyapı çalışmalarının güçlendirilmesini, teletıp kabinleri / teletıp noktalarının köylerde, diğer branş görüşmeleri için de aile sağlığı merkezleri veya hastaneler içinde oluşturulmasını, kronik hastaların verilerini otomatik yükleyen cihaz entegrasyonu (glikoz sensörü, tansiyon cihazı vb.) ve bu verilerin hekim ekranına düşmesini, kod/şifre temelli kimlik doğrulama sistemleriyle güvenli bağlantı kurulmasını, MHRS örneğinde olduğu gibi randevulu, belirlenmiş saatlerde, ayrı odalarda yürüyen bir teletıp organizasyonunu, kanser taramaları, yaşam tarzı değişiklikleri, sigara bırakma gibi alanlarda teletıp destekli danışmanlık ve eğitim süreçlerini önermektedir.

R2 ise hasta seçimi ve triyaj için randevu öncesi kısa anketler, algoritmalar ve gerekli durumlarda hastayı otomatik yüz yüze randevuya yönlendiren karar sistemleri önermekte, ayrıca teletıp altyapısının bazı görevlerinin (kimlik kontrolü, eleme vb.) muhtarlık gibi yerel yapılara devredilebileceğini dile getirmektedir.

Böylece R grubu, teletıptı daha geniş, organizasyonel bir çerçeve içinde, karar destek sistemleri ve altyapı yatırımlarıyla birlikte düşünmekte; klinik güvenlik kaygısını daha çok sistem düzeyinde çözmeyi hedeflemektedir.

4.11. Asistan Grupları Arasındaki Ortak Fikir Noktaları

Eğitim, Standardizasyon ve Kronik Hastalık Odaklı Kullanım

Kıdem farkına rağmen her iki grup da teletıbbın etkin kullanımını için aşağıdaki konularda fikir birliğine varmıştır:

- **Kullanım Alanı Odaklılığı:** Teletıbbın **kronik hastalık izlemi**, danışmanlık ve eğitim alanlarında daha uygun olduğunu; akut ve fizik muayene gerektiren durumlarda ise sınırlı kalması gerektiğini vurgularlar.
- **Standardizasyon ve Güvenlik:**
 - Kısa ama **hedefli eğitimler** gerekliliği.
 - "Kırmızı çizgilerin" ve **standardizasyonun** (hangi hastalar alınır/alınmaz) netleştirilmesi.
 - Hem hastayı hem hekimi koruyan **hukuki ve teknik çerçevenin** oluşturulması.
- **Takip ve Okuryazarlık:** Kronik hastalar için takvimlendirilmiş takip ve hatırlatma sistemleri ile birlikte, genel sağlık okuryazarlığını artıran uygulamalar ve kamu spotları gerektiği konusunda ortak görüş belirtmişlerdir.

Özetle, K grubundaki birinci yıl asistanları, teletıpı uygulama aşamasında daha çok kendi klinik güvenlikleri ve yetkinlikleri üzerinden tartışmakta; bu nedenle ayrıntılı eğitim, sıkı triyaj ve birebir kontrolü merkeze alan, daha “defansif” ve mikro düzeyde öneriler geliştirmektedir.

R grubundaki ikinci yılını tamamlamış asistanlar ise kendilerini teknolojiye ve teletıba görece daha hazır görmekte; bu nedenle odaklarını sistem, altyapı, entegrasyon ve ulusal düzeyde organizasyonel modellere kaydırmakta, teletıpı birinci basamak sağlık hizmetinin yapısına entegre edilebilecek, kronik hastalık yönetimini güçlendiren bir araç olarak konumlandırmaktadır.

Bu karşılaştırma, kıdem arttıkça “bireysel yetkinlik”ten “sistem tasarımına” doğru bir perspektif genişlemesi olduğunu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

5.1.Araştırmanın Özgünlüğü ve Literatürdeki Yeri

Yurt dışı literatürde aile hekimliği asistanları ile yürütülen sınırlı sayıdaki çalışmanın ağırlıklı olarak teletıp algısı, klinik deneyimler ya da eğitim müdahaleleri üzerine odaklandığı; bu çalışmalarda kronik hastalık izlemi bağlamının çoğunlukla ikincil planda kaldığı görülmektedir. Venditti ve ark. (31) aile hekimliği asistanlarının teletıp uygulamalarına yönelik algılarını değerlendirirken, AlFawaz ve ark. (32) asistanların teletıp deneyimlerine odaklanmıştır. Silver ve ark. (33) ile Nakamura ve ark. (34) ise yapılandırılmış teletıp eğitim programlarının asistanların beceri ve yeterlik algıları üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu çalışmalar, aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde teletıbbın önemine dikkat çekmekle birlikte, klinik karar verme süreçleri ve kronik hastalık izlemi özelinde derinlemesine nitel değerlendirmeler sunmamaktadır.

Türkiye’de ise teletıp konusunda asistan hekimlerle yapılmış bazı çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu çalışmalarda örneklemin branş ayrımı yapılmadan ele alındığı, aile hekimliği asistanlarının özel olarak odak grubu olarak incelenmediği görülmektedir (35,36). Bu çalışmalar incelendiğinde, asistan hekimlerin teletıp uygulamalarına genel yaklaşımının değerlendirildiği ve asistan hekimlerin tele sağlık hizmetleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının ele alındığı araştırmaların bulunduğu anlaşılmaktadır (35,36).

Ancak yaptığımız literatür taramalarında, örneklemini yalnızca aile hekimliği asistanlarından oluşan ve teletıp uygulamalarını özellikle kronik hastalık izlemi bağlamında nitel yöntemlerle derinlemesine ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum, hem ulusal tez taramalarında (YÖK Tez Merkezi) hem de PubMed ve Google Scholar veri tabanlarında yapılan kapsamlı taramalarla teyit edilmektedir.

Bu bağlamda mevcut çalışma, hedef grubun yalnızca aile hekimliği asistanlarından oluşması ve teletıp uygulamalarını aile hekimliği eğitim süreci içerisinde

kronik hastalık izlemi odağında ve **nitel yöntemlerle** incelemesi yönüyle literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Çalışma, yalnızca bilgi ve tutum düzeyini değil; klinik karar verme süreçlerini, uygulama sınırlarını, eğitim gereksinimlerini ve sistemsel engelleri birlikte ele alması sayesinde, birinci basamakta kronik hastalık yönetiminde teletıbbın nasıl konumlandırılabilceğine dair sahadan elde edilen güçlü ve çok boyutlu içgörüler sunmakta ve mevcut ulusal ve uluslararası çalışmalardan ayrılarak özgün bir katkı sağlamaktadır.

5.2.Bulgu-Literatür Karşılaştırması

Bulgular, ulusal ve uluslararası literatürle büyük ölçüde uyumludur ve birinci basamak düzeyinde teletıbbın yapılandırılması için önemli ipuçları sunmaktadır.

5.2.1.Teletıp Kavramına İlişkin Algı ve Literatürle Uyumu

Katılımcıların teletıp kavramını zaman–mekân bağımsızlık, iletişim teknolojileri ve dijital sağlık uygulamaları ekseninde tanımladığı görülmüştür. Bu bulgu, DSÖ'nün teletıpı mesafenin kritik olduğu durumlarda sağlık hizmetinin bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sunulması olarak tanımlayan yaklaşımıyla uyumludur (15).

Benzer şekilde, COVID-19 pandemisi sırasında teletıbbın dijital randevu sistemleri, e-reçete, laboratuvar sonuçlarının paylaşılması ve uzaktan danışmanlık hizmetleriyle bütünleştiği gösterilmiştir (37). Katılımcıların MHRS ve e-Nabız gibi dijital sağlık uygulamalarını teletıp kapsamında değerlendirmesi, literatürde giderek benimsenen “genişletilmiş teletıp (expanded telemedicine)” anlayışıyla paralellik göstermektedir (38).

5.2.2.Teletıbbın Avantajları: Erişilebilirlik, Verimlilik ve Kronik Hastalık Yönetimi

Bu çalışmada teletibbin en çok vurgulanan avantajı erişim kolaylığı olmuştur. Uluslararası çalışmalar da teletibbin özellikle hareket kısıtlılığı olan, kırsalda yaşayan veya yaşlı hastalarda sağlık hizmetine erişimi artırdığını göstermektedir (39). Katılımcı görüşleri, teletibbin kronik hastalık yönetiminde ilaç uyumu, düzenli takip ve yaşam tarzı danışmanlığı açısından fırsatlar sunduğunu; bu durumun literatürde “kronik hastalık yönetiminde teletibbin takip verimliliğini artırdığı” yönündeki bulgularla uyumlu olduğunu göstermektedir (39,40).

Teletibbin bulaşıcı hastalık riskini azaltması özellikle COVID-19 döneminde pek çok çalışmada vurgulanmış olup (41), katılımcıların bu yöndeki ifadeleri bu bulguları desteklemektedir. Katılımcılar ayrıca ASM yoğunluğunun azalması, iş gücü kaybının önlenmesi ve şiddet riskinin düşmesi gibi avantajlar tanımlamıştır. Bu başlıklar, birinci basamakta teletıp uygulamalarının sağlık sistemine yükü azalttığını gösteren çalışmalarla paraleldir (42).

5.2.3.Dezavantajlar ve Klinik Belirsizlikler: Literatürle Uyumlu Kaygular

Katılımcılar, fizik muayenenin yapılamaması, eksik bilgi alma ve klinik belirsizlik gibi teletibbin temel dezavantajlarını belirtmiştir. Literatür de palpasyon, oskültasyon ve nörolojik muayene gibi klinik değerlendirmelerin uzaktan yapılamadığına dikkat çekmektedir (24).

Katılımcılar, teletibbin özellikle kronik hastalıkların stabil dönemlerinde, koruyucu hekimlik, ilaç tekrarı, danışmanlık ve sonuç değerlendirmede etkili olduğunu ifade etmiştir. Hipertansiyon ve diyabette evde ölçüm verilerinin paylaşılması ve motivasyonel görüşmelerle tedavi uyumunun arttığını gösteren çalışmalar bu bulguları desteklemektedir (21,22,23).

Koruyucu hekimlik ve riskli grupların izleminde teletibbin kullanımı birinci basamak dijital sağlık rehberleriyle de uyumludur (12).

5.2.4.Kullanılmama Nedenleri ve Türkiye Bağlamı

Araştırmanın önemli bulgularından biri, teletıbbın teknik olarak mevcut olmasına rağmen sahada yaygın kullanılmamasıdır. Katılımcıların “yüz yüze muayene güvenilirliği”, “eksik bilgi alma”, “malpraktis riski”, “dijital okuryazarlık düşüklüğü” ve “hekimlerin eğitimsiz olması” gibi gerekçeleri literatürde sıkça raporlanmıştır (17,18).

Türkiye özelinde e-Nabız’ın SMS doğrulaması, bazı hastaların verilerini yanlışlıkla erişime kapatması ve kırsalda internet altyapısının yetersizliği gibi sorunlar, literatürde az incelenmiş olan ancak sahada pratik açıdan kritik engeller olarak belirlenmiştir.

5.2.5. Teletıbbın Önündeki Engeller: Çok Boyutlu Bir Sorun Alanı

Katılımcılar, internet altyapısının yetersizliği, cihaz eksikliği, mahremiyet ve güvenlik riskleri, kimlik doğrulama zorlukları, iletişim engelleri ve dijital okuryazarlık yetersizliğini en önemli engeller olarak tanımlamıştır. Bu sonuçlar kırsal bölgelerde teletıp kullanımının sınırlılıklarını vurgulayan uluslararası araştırmalarla uyumludur (19).

Kronik hastalıklarda tansiyon ve glikoz ölçüm cihazı eksikliğinin tedavi kalitesini olumsuz etkileyebileceği yönündeki literatürle de paralellik bulunmaktadır (14).

5.2.6. Etik ve Hukuki Boyutlar: Belirsizlikler Sistemik Bir Sorun

Katılımcılar malpraktis riski, eksik değerlendirme, kimlik doğrulama zorlukları ve veri güvenliği endişelerini teletıbbın en kritik etik ve hukuki sorunları olarak belirtmiştir. Bu kaygılar, tele-sağlık uygulamalarında regülasyon eksikliği, hukuki çerçevenin belirsizliği ve veri güvenliği risklerinin yaygın bir sorun olduğunu belirten uluslararası çalışmalarla uyumludur (43,44,45,46). Katılımcıların standart algoritmalar ve açık uygulama rehberleri geliştirilmesine yönelik beklentileri, güvenli teletıp

uygulamaları için kapsamlı bir düzenleyici çerçevenin gerekli olduğunu vurgulayan literatürle de örtüşmektedir (45,46).

5.2.7. Eğitim Gereksinimi: Hekim ve Hasta İçin Çift Yönlü Bir İhtiyaç

Katılımcılar hem hekimler hem de hastalar için teletıp eğitiminin zorunlu olduğunu ifade etmiştir. Eğitim eksikliğinin hekimlerde belirsizlik, güvensizlik ve malpraktis korkusunu artırdığı literatürde açıkça gösterilmiştir (45). Hasta tarafında dijital okuryazarlık eksikliğinin teletıp etkinliğini azalttığı da pek çok çalışma tarafından bildirilmiştir (46).

5.2.8. Uygulama Önerileri: Literatürle Kesişen ve Türkiye'ye Özgün Öneriler

Katılımcıların önerileri arasında en dikkat çekici olanlar:

- Evde sağlık – teletıp entegrasyonu (karma model)
- Hastaların teletıbbı uygunluğunu belirleyen triyaj sistemi
- Teletıp için ayrı gün-saat düzenlemesi
- Köylerde ve ASM'lerde “teletıp kabinleri / teletıp odaları” kurulması
- Donanım desteği (tansiyon, glikoz ölçüm cihazı)
- Kimlik doğrulama ve güvenlik altyapısının güçlendirilmesi
- Şablon soru setleri ve algoritmaların oluşturulması

Özellikle teletıp kabinleri/teletıp noktaları önerisi, uluslararası literatürde kırsal ve dezavantajlı bölgelerde kullanılan ‘telehealth kiosk’ uygulamalarıyla örtüşmektedir. Yapılan çalışmalar, bu kioskların sağlık hizmetine erişimi artırdığını ve dijital sağlık uygulamalarına ulaşımı kolaylaştırdığını göstermektedir (47).

5.3.Çalışmanın Güçlü Yönleri

5.3.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerine özgü az sayıdaki nitel çalışmadan biri olması

Çalışma, özellikle aile hekimliği asistanlarını merkeze alarak teletıp uygulamalarını kronik hastalık izlemi bağlamında inceleyen sınırlı sayıdaki nitel araştırma arasında yer almakta ve bu yönüyle literatüre özgün katkı sunmaktadır.

5.3.2.Hem kıdemli hem de kıdemsiz asistanların dahil edilmesi

Örneklemede hem “K” (asistanlıkta 6 ayını doldurmamış asistanlar) hem de “R” (ikinci yılını tamamlamış asistanlar) grubunun yer alması, eğitim sürecindeki deneyim farklılıklarının karşılaştırılabilmesine olanak sağlamıştır. Bu çeşitlilik bulguların derinliğini artırmıştır.

5.3.3. Odak grup ve bireysel görüşmelerin birlikte kullanılması

Veri triangülasyonunu güçlendiren bu yaklaşım, hem grup dinamiklerinden doğan zengin tartışmaları hem de bireysel deneyimlerin ayrıntılı şekilde ortaya çıkmasını sağlamış, veri çeşitliliğini artırmıştır.

5.3.4.Veritoplama sürecinin iteratif (döngüsel) biçimde ilerlemesi

İlk aşamadaki odak grup görüşmelerinin ön analizi hemen yapılmış, ortaya çıkan erken temalar ve derinleştirilmesi gereken konular bireysel görüşme formunun yapılandırılmasına doğrudan yansıtılmıştır. Bu yaklaşım, nitel araştırmanın temel ilkeleriyle uyumlu olup verinin derinliğini ve geçerliliğini artırmıştır.

5.3.5.Tematik analizin sistematik bir yazılım (MAXQDA) ile yapılmış olması

Kodlama, alt tema ve tema oluşturma aşamalarında nesneliliği artırmış, analiz sürecinin izlenebilirliğini güçlendirmiş ve verinin bütüncül değerlendirilmesine katkı sunmuştur.

5.3.6. Teletibbin çok boyutlu olarak ele alınması

Araştırma sadece teknik yönleri değil; etik, hukuki, eğitimsel, klinik ve altyapısal boyutları da kapsayarak geniş bir çerçeve sunmuştur. Bu bütüncül yaklaşım, alana yönelik politika ve uygulama geliştirilmesine katkı sağlayacak niteliktedir.

5.4.Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma, aile hekimliği asistanlarının teletıp uygulamalarına ilişkin görüşlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan nitel bir araştırmadır. Elde edilen bulgular değerli olmakla birlikte, çalışma bazı yöntemsel ve bağlamsal sınırlılıklar içermektedir:

5.4.1. Veri toplama sürecinin zaman bağlamına özgü olması

Görüşmeler belirli bir tarihte yapılmış olup, teletıp uygulamalarına yönelik kurumsal politikalar, mevzuatlar veya dijital altyapılar zamanla değişebileceğinden, bulgular mevcut koşullara özgüdür. Teletıp alanı hızla geliştiği için bulgular gelecekte farklılaşabilir.

5.4.2. Teletıp deneyimindeki çeşitliliğin sınırlı olması

Katılımcıların çoğu teletıptı aktif ve düzenli olarak kullanan kişiler değildir. Bu nedenle aktarılan görüşler daha çok algı, tahmin veya sınırlı kullanım deneyimine dayanmaktadır.

5.5.Çalışmanın Bulgularının Literatüre Katkısı

Bu çalışma, aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık izleminde teletıp uygulamalarına ilişkin görüşlerini nitel bir yaklaşımla inceleyerek literatüre birden fazla özgün katkı sunmaktadır:

5.5.1. Türkiye’de birinci basamak düzeyinde aile hekimliği asistanlarını merkeze alan ilk nitel çalışma olması

Ulusal literatürde teletıp uygulamalarına yönelik birçok çalışma bulunmakla birlikte, aile hekimliği **asistanlarının** kronik hastalık izlemi özelinde teletıp deneyimlerini sistematik olarak değerlendiren çalışma sayısı çok sınırlıdır.

Bu araştırma:

- Asistan hekimlerin eğitim, klinik yetkinlik, teknik gereksinim ve algı farklarını ortaya koyarak,
- Teletıp uygulamalarının *eğitim programlarına entegrasyonu* için özgün bir perspektif sunmaktadır.

Bu yönüyle literatürdeki boşluğu dolduran önemli bir katkı sağlamaktadır.

5.5.2. Teletıbbın birinci basamakta “kullanılmama nedenlerini” sahadan gerçek verilerle açıklayan özgün bulgular

Daha önceki çalışmalarda teletıbbın avantaj ve dezavantajları genel olarak incelenmiş olsa da:

- E-Nabız erişim sorunları (SMS doğrulama, erişime kapalı veri),
- Kırsal bölgelerde internet altyapısının yetersizliği,
- Yapay zekâ ile sahte görüntü oluşturulması gibi yeni tehditlerin algılanması,
- Hastaların düşük dijital okuryazarlığının aile hekimliği pratiğini doğrudan etkilemesi

gibi **Türkiye’ye özgü ve birinci basamak pratiğine doğrudan yansıyan engeller** literatürde çok sınırlı ele alınmıştır.

Bu alışma bu boşluğu doldurmuş ve teletıbbın sahada neden yaygın kullanılmadığına dair somut kanıtlar sunmuştur.

5.5.3. Teletıbbın kronik hastalık izlemindeki rolüne ilişkin pratik ve sahaya özgü içgörüler

Literatürde kronik hastalıklarda teletıbbın etkinliği sıkça tartışılrsa da:

- Hangi hastaların teletıbbı uygun olduğu,
- Hangi durumlarda yüz yüze değerlendirme gerektiği,
- Stabil hastalarda izlem ve danışmanlık süreçlerinin nasıl planlanabileceği konusunda birinci basamak için yeterince detaylı bilgi bulunmamaktadır.

Bu çalışma:

- Teletıbbın **ilk tanı yerine takip ve danışmanlık için daha uygun olduğunu,**
- Hipertansiyon ve diyabette **motivasyonel görüşmeler, yaşam tarzı danışmanlığı ve evde ölçüm verilerinin paylaşımıyla uyumu artırabileceğini,**
- Ancak diyabette ayak muayenesi, nörolojik değerlendirme gibi yüz yüze zorunlulukların altını çizerek sınırlılıkları netleştirmiştir.

Bu bulgular, kronik hastalık yönetiminde **birinci basamağa özgü teletıp protokollerinin** oluşturulması için temel veri sağlamaktadır.

5.5.4. Etik ve hukuki belirsizliklerin sahadaki etkilerini sistematik şekilde ortaya koyması

Literatürde tele-sağlıkta etik ve hukuki riskler geniş çerçevede tartışılrsa da bu çalışma:

- Malpraktis korkusunun günlük pratiği nasıl etkilediğini,
- Kimlik doğrulama sorunlarının hekimlerde oluşturduğu güvensizliği,
- Mahremiyet risklerinin klinik karar vermeyi nasıl sınırladığını katılımcı ifadeleriyle göstermektedir.

Bu yönüyle çalışma, **ulusal teletıp rehberleri ve mevzuat düzenlemeleri** açısından özgün veri sunmaktadır.

5.5.5. Sahada uygulanabilir politika ve organizasyon önerileri geliştirmesi

Uluslararası literatürde “telehealth kiosk”, karma modeller, karar destek sistemleri gibi uygulamalar bulunsa da Türkiye bağlamında somut öneriler sınırlıdır.

Bu çalışma, katılımcı görüşlerine dayanarak:

- Teletıp kabinleri,
- Teletıp için ayrı gün–saat uygulaması,
- Triyaj algoritmaları,
- Cihaz desteği (tansiyon aleti, glukometre),
- Kimlik doğrulama sistemlerinin geliştirilmesi,
- Evde sağlık + teletıp entegrasyonu

Şeklinde *uygulanabilir ve Türkiye’ye özgü öneriler* sunarak literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

5.5.6. Teletıp eğitim gereksinimini hem hekim hem hasta boyutuyla detaylandıran ilk nitel bulgulardan biri

Bu çalışma:

- Hekimlerin teletıpta güven ve yetkinlik eksikliğini,
- Hastaların dijital okuryazarlık düzeyinin teletıbbın başarısını sınırladığını,
- Eğitim eksikliğinin malpraktis korkusunu artırdığını ayrıntılı şekilde açıklamıştır.

Bu, literatürde sınırlı olan **teletıp eğitim modelleri** için çok değerli veri sunmaktadır.

5.5.7. Teletıp algısının kültürel ve bağlamsal yönlerini ortaya koyması

Uluslararası literatürde sıkça ele alınmayan:

- Hekim–hasta ilişkisine dair kültürel beklentiler,
- Yüz yüze muayenenin Türkiye sağlık kültüründeki yeri,

- Aile hekimliği sisteminin dinamiklerinin teletıbbı etkisi

bu çalışma ile görünür hale gelmiştir.

Bu yönüyle çalışma, **teletıbbın toplumsal kabulünü** anlamaya yönelik literatüre katkı sunmaktadır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu nitel çalışma, aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık izlem süreçlerinde teletıp uygulamalarına yönelik bilgi, tutum ve değerlendirmelerini ortaya koymuştur. Bulgular, teletıbbın birinci basamak sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan bir uygulama olduğunu; ancak sahadaki kullanımının hekim, hasta ve sistem kaynaklı çeşitli dinamikler tarafından şekillendiğini göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu teletıpı, zaman ve mekândan bağımsız sağlık hizmeti sunumu, dijital sağlık uygulamalarının entegrasyonu ve hastanın fiziksel başvuru gereksinimini azaltan bir araç olarak tanımlamıştır. MHRS, e-Nabız, e-reçete ve telefon görüşmelerinin rutin pratiğin doğal bir parçası olarak görülmesi, dijital sağlık uygulamalarının aile hekimliği hizmetlerine yerleştiğini göstermektedir. Buna göre teletıbbın özellikle basit sağlık sorunları, bulaşıcı hastalık takibi, rapor ve ilaç tekrarları, kronik hastalık izlemi ve danışmanlık hizmetlerinde önemli kolaylıklar sunduğu ifade edilmiştir.

Kronik hastalık yönetiminde teletıbbın yüz yüze muayenenin yerine geçmekten ziyade süreci tamamlayıcı bir uygulama olarak değerlendirildiği görülmüştür. Stabil seyreden hastalarda tansiyon ve kan şekeri izlemi, tedavi uyumu, yaşam tarzı danışmanlığı ve risk faktörlerinin takibi gibi alanlarda teletıbbın katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.

Çalışma sonuçları, teletıp kullanımının önünde önemli engeller bulunduğunu da ortaya koymuştur. Fizik muayenenin yapılamaması, eksik anamnez ve yanlış değerlendirme riski, malpraktis kaygısı, kimlik doğrulama ve mahremiyet sorunları, dijital okuryazarlık eksikliği ve teknolojik altyapı yetersizlikleri en sık dile getirilen sınırlayıcı faktörlerdir. Ayrıca yapay zekâ ile sahte görüntü oluşturulması, üçüncü kişilerin görüşmeye dahil olması ve veri güvenliği gibi yeni riskler de hekimler tarafından önemli bir tehdit olarak görülmüştür.

Aile hekimliği asistanları teletıbbın temelde faydalı bir uygulama olduğunu düşünmekte; ancak güvenli, etkili ve standart bir kullanım için eğitim ihtiyacının

belirgin olduğunu ifade etmektedir. Hem klinik karar verme süreçlerinde hem de hukuki sorumluluk açısından net sınırların oluşturulması gerekliliği vurgulanmıştır. Yapılandırılmış, uygulamaya dayalı eğitimlerin ve teknik altyapının güçlendirilmesinin teletıp uygulamalarının işlevselliğini artırabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, teletıp birinci basamakta kronik hastalık yönetimini destekleme potansiyeline sahip olmakla birlikte, etkin ve güvenli kullanım için hasta seçiminin dikkatle yapılması, veri güvenliği ve altyapıya ilişkin sorunların çözümlenmesi, hekim ve hastaya yönelik eğitim programlarının uygulanması ve ulusal düzeyde standartların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, birinci basamakta teletıp uygulamalarının geliştirilmesine yönelik politika ve uygulama süreçlerinde sahadan elde edilen önemli bir perspektif sunmaktadır.

Çalışmanın bulgularından hareketle, birinci basamakta teletıp uygulamalarının güvenli, işlevsel ve sürdürülebilir biçimde geliştirilmesine yönelik çeşitli uygulama ve politika önerileri oluşturulmuştur.

6.1. Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler

Bu çalışma, aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık izleminde teletıp uygulamalarına ilişkin görüşlerini ortaya koymakla birlikte, alanda yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- **Farklı bölgelerde ve geniş örneklemelerde nitel ve nicel çalışmalar yapılması**
 - Teletıp uygulamalarının bölgesel farklılıklarını, altyapısal değişkenlerini ve sosyodemografik etkilerini karşılaştıran çok merkezli araştırmalar gereklidir.
- **Hekim–hasta eşleştirilmiş çalışmaların yapılması:**
 - Aynı teletıp sürecinin hem hekim hem hasta perspektifinden değerlendirilmesi, uygulamanın kabul edilebilirliği, memnuniyet düzeyi ve klinik sonuçlara etkisini daha bütüncül şekilde ortaya koyacaktır.

- **Hastaların dijital okuryazarlık ve teletıp deneyimlerini inceleyen çalışmalar:**
 - Özellikle yaşlı, kırsal bölgede yaşayan ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde teletıp kabulü, kullanım davranışları ve engellerinin araştırılması önemlidir.
- **Kronik hastalıklara özgü teletıp modellerinin test edilmesi:**
 - Hipertansiyon, diyabet, KOAH ve kalp yetmezliği gibi hastalık grupları için ayrı izlem protokolleri geliştirilerek etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.
- **Kimlik doğrulama ve mahremiyet için teknik çözümleri araştıran çalışmalar:**
 - Yapay zekâ manipülasyonu, görüntü doğrulama, çift aşamalı güvenlik sistemleri gibi yeni nesil dijital çözümlerin birinci basamak için uygunluğu incelenmelidir.
- **Teletıp eğitim programlarının etkililiğinin değerlendirilmesi:**
 - Hekimlere yönelik kısa, uygulamalı eğitimlerin bilgi, özgüven, karar verme ve hasta yönetimi üzerindeki etkisini ölçen deneysel araştırmalar yapılmalıdır.
- **Karma (hibrit) modellerin pilot uygulamalarla test edilmesi:**
 - Evde sağlık–teletıp–ASM entegrasyonu içeren modeller performans, maliyet ve hasta sonuçları açısından değerlendirilmelidir.
- **Teletıbbın uzun dönem hasta sonuçlarına etkisini inceleyen çalışmalar:**
 - Kronik hastalıklarda teletıbbın tansiyon/şeker kontrolü, komplikasyon oranları, acil başvuru sıklığı ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem sonuçları araştırılmalıdır.
- **Birinci basamak için teletıp triyaj algoritmalarının geliştirilmesi:**
 - Hangi hastanın teletıba, hangi hastanın yüz yüze değerlendirmeye yönlendirileceğini belirleyen karar destek sistemleri oluşturulmalı ve sahada doğrulanmalıdır.
- **Sağlık politikaları ve mevzuata ilişkin araştırmalar:**
 - Geri ödeme sistemleri, ulusal standartlar, veri güvenliği düzenlemeleri ve mevzuat değişikliklerinin sahaya etkilerini inceleyen politika çalışmaları yapılmalıdır.

6.2. Sağlık Politikası ile İlgili Öneriler

Teletibbın birinci basamak sağlık hizmetlerine etkili şekilde entegre edilebilmesi için politika yapıcıların düzenleyici, altyapısal ve eğitimsel adımlar atması gerekmektedir. Araştırmanın bulgularına dayalı olarak aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

Ulusal Rehber ve Mevzuat Düzenlemeleri

- Teletıp uygulamalarının kapsamı, sınırları, kullanılabileceği klinik durumlar ve hekim sorumluluklarını netleştiren ulusal bir teletıp rehberi hazırlanmalıdır.
- Rıza/onam süreçleri teletibba uygun olacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.
- Malpraktis riskini azaltmak amacıyla standardize kayıt, yönlendirme ve raporlama protokolleri oluşturulmalıdır.

• Altyapı ve Teknolojik Yatırımlar

- Kırsal bölgelerde internet altyapısı güçlendirilmeli, erişim eşitsizliği azaltılmalıdır.
- Aile hekimliklerinde görüntülü görüşme için yeterli teknik ekipman sağlanmalıdır.
- Kronik hastalara tansiyon ve glikoz ölçüm cihazı gibi temel ekipmanların devlet destekli sağlanması teşvik edilmelidir.

• Dijital Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi

- E-Nabızdaki SMS doğrulama ve “erişime kapalı” engelleri aile hekimliği için esnetilmelidir.
- Uzaktan ölçüm sonuçlarının otomatik kaydedilebildiği entegre mobil uygulamalar geliştirilmeli ve birinci basamağa entegre edilmelidir.
- Laboratuvar sonuçlarında eşik değeri aşımı durumlarında otomatik uyarı sistemleri devreye alınmalıdır.

• Eğitim ve Yetkinlik Politikaları

- Aile hekimlerine yönelik zorunlu, kısa ve uygulamalı teletıp eğitimleri geliştirilmelidir.
- Dijital sağlık okuryazarlığını artırmak için topluma yönelik eğitim programları oluşturulmalı, özellikle yaşlı ve kırsal bölgelerde uygulamalar desteklenmelidir.
- **Hizmet Organizasyonu**
 - MHRS'ye "teletıp randevusu" seçeneği eklenmeli ve görünür hale getirilmelidir.
 - ASM'lerde veya köylerde teletıp odaları / kiosk noktaları oluşturulmalıdır.
 - Teletıp hizmetleri için ayrı gün-saat düzenlemeleri yapılması kurumsal düzeyde teşvik edilmelidir

6.3.Sahada Çalışan Aile Hekimlerine Öneriler

Bu araştırmanın bulguları, sahada çalışan aile hekimlerinin teletıp uygulamalarını güvenli, etkili ve pratik şekilde sürdürebilmeleri için aşağıdaki önerileri ortaya koymaktadır:

- **Teletıbbın Kullanım Sınırlarını Doğru Belirlemek**
 - Teletıp ilk tanı için değil, takip, danışmanlık ve kronik hastalık stabil dönem izlemlerinde kullanılmalıdır.
 - Göğüs ağrısı, nefes darlığı, akut enfeksiyon bulguları, nörolojik defisit gibi durumlarda mutlaka yüz yüze muayene tercih edilmelidir.
- **Hasta Seçimi ve Triyaj**
 - Teletıp için uygun hasta profilleri belirlenmeli; kendini ifade edemeyen, bilişsel sorunları olan veya komplike hastalar teletıpla değerlendirilmemelidir.
 - Kronik hastalarda son yüz yüze ziyaret tarihi, ölçüm değerleri ve risk durumu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

- **Yapılandırılmış Teletıp Görüşmesi**
 - Kısa ve standart bir teletıp soru seti oluşturulmalı (ana şikâyet, son ölçümler, ilaç uyumu vb.).
 - Görüşme sonuçları düzenli şekilde not edilmelidir.
- **Dijital Sistemleri Etkin Kullanmak**
 - e-Nabız verileri düzenli olarak incelenmeli, hastaya da kullanımı öğretilmelidir.
 - Hastalardan tansiyon/şeker ölçümlerini düzenli kaydetmeleri istenmelidir.
- **Mahremiyet ve Güvenliği Sağlamak**
 - Görüşme öncesi hastanın kimliği iki adımlı doğrulama ile teyit edilmelidir.
 - Hastadan gizlilik için uygun bir ortamda olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- **Hekim–Hasta İletişimini Güçlendirmek**
 - Teletibbın yüz yüze muayenenin yerine geçmediği, tamamlayıcı bir uygulama olduğu hastaya açıkça belirtilmelidir.
 - Hastaya hangi belirtilerde yüz yüze başvurması gerektiği net ifade edilmelidir.
- **Çalışma Akışını Düzenlemek**
 - Teletıp için kurum içinde belirli saatler ayrılmalı; yüz yüze poliklinik akışı ile karışmamalıdır.
- **Kişisel Eğitim ve Gelişim**
 - Hekimler teletıp alanında eğitim talep etmeli; özellikle veri güvenliği, etik sınırlar ve klinik algoritmalar konusunda güncel kalmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci.* 2014 Oct 29;7(2):210-27. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p210. PMID: 25716407; PMCID: PMC4796376.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> 13.12.2025 tarihinde erişilmiştir.
3. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis. *Lancet.* 2020;396(10258):1204–22.
4. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, ve ark. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
5. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, ve ark. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet.* 2011;377(9775):1438–47.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye sağlık araştırması 2022. Ankara: TÜİK Yayınları; 2023.
7. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
8. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
9. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–65.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2019.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. E-Nabız Kullanım Kılavuzu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2020.

12. World Health Organization. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: WHO; 2020. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b9f09202-a320-4c07-ba2c-afe0d1186339/content> 13.12.2025 tarihinde erişilmiştir.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
14. Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. *N Engl J Med.* 2017; 377:1585–92.
15. WHO. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. Geneva: WHO; 2010. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1d9e2557-20e2-4ab4-bdd7-648f962f866d/content> 13.12.2025 tarihinde erişilmiştir.
16. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet.* 2020;395(10227):859.
17. Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J. The taxonomy of telemedicine. *Telemed J E Health.* 2011;17(6):484–94.
18. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review. *BMC Public Health.* 2020; 20:1193.
19. Wosik J, Fudim M, Cameron B, Gellad ZF, Cho A, Phinney D ve ark. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(6):957–962.
20. Lee PA, Greenfield G, Pappas Y. The impact of telehealth remote patient monitoring on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research.* 2018; 18:495.
21. Omboni S, McManus RJ, Bosworth HB, Chappell LC, Green BB, Kario K ve ark. Evidence and recommendations on the use of telemedicine for the management of arterial hypertension. *Hypertension.* 2020;76(5):1368–1383.

22. Marcolino MS, Maia JX, Alkmim MB, Boersma E, Ribeiro AL, Telemedicine Diabetes Study Group ve ark. Telemedicine application in the care of diabetes patients: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(11):e79246.

23. Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR, Alverson DC. The empirical foundations of telemedicine interventions in primary care. Telemed J E Health. 2014;20(5):342–75.

24. Greenhalgh T, Vijayaraghavan S, Wherton J, Shaw S, Byrne E, Campbell-Richards D ve ark. Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. BMJ Open. 2016;6(1):e009388.

25. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2020.

26. Gomez T Jr, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A qualitative study of primary care physicians' experiences with telemedicine during COVID-19. J Am Board Fam Med. 2021;34(Suppl): S61–S70.

27. Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. BMJ Open. 2017;7: e016242.

28. WHO. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1f4d4a08-b20d-4c36-9148-a59429ac3477/content> 13.12.2025 tarihinde erişilmiştir.

29. Creswell JW, Poth CN. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2018.

30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101.

31. Venditti SA, Gurevich E, Gaitonde DY, Chodos AH, Klink K, DeLuca L ve ark. Family medicine resident and faculty perceptions about telemedicine. Family Medicine. 2022;54(6):455–461.

32. AlFawaz I, AlDehhyel M, AlOtaibi A, AlMutairi F, AlShehri A, AlQahtani S ve ark. Experiences with telemedicine among family medicine residents.

BMC Medical Education. 2023;23:312.

33. Silver SL, Hood MC, Erickson J, Anderson J, Chou CL, O'Connor M ve ark.

A comparison of family medicine resident documentation following implementation of an asynchronous versus synchronous telemedicine curriculum.

Journal of Graduate Medical Education. 2023;15(1):45–52.

34. Nakamura K, Hasegawa T, Yamamoto Y, Nishikawa K, Okamoto Y, Kobayashi M ve ark.

Educational effects of telemedicine training using role-play.

Medical Education Online. 2024;29(1):2321145.

35. Okumuş B. Asistan hekimlerin tele-sağlık hizmetleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van, 2024.

36. Çevikbaş İlık P. Ankara Şehir Hastanesi'nde eğitim alan asistan hekimlerin teletıp uygulamalarına genel yaklaşımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, 2023.

37. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J ve ark. Telehealth during COVID-19: rapid implementation and population health implications. J Telemed Telecare. 2020;26(5):309–313

38. Ohannessian R. Telemedicine: what about the Global South? Rev Panam Salud Publica. 2015;38(5):447-8

39. Alessa T, Hawley MS, Hock ES, de Witte L, Smith S, Ahmed S ve ark. Telehealth in chronic disease management. BMC Med Inform Decis Mak. 2019;19(1):1–13.

40. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(9):CD002098.

41. Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O . COVID-19 transforms health care. NPJ Digit Med. 2020;3:118.

42. Greenhalgh T, Rosen R, Shaw SE, Wherton J, Papoutsi C, Burke C ve ark. Virtual primary care: advantages and challenges. *Br J Gen Pract.* 2020;70(697):e314–e318.
43. Zendeabad SA, Ghasemi J, Khodadad FS. Trustworthy AI in Telehealth: Navigating Challenges, Ethical Considerations, and Future Opportunities for Equitable Healthcare Delivery. *Healthc Technol Lett.* 2025 Oct 1;12(1):e70020. Doi: 10.1049/htl2.70020. PMID: 41041016; PMCID: PMC12485827.
44. Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A, ve ark. Telemedicine practice: review of the current ethical and legal challenges. *Telemed J E Health.* 2020;26(12):1427–37.
45. Edirippulige S, Armfield NR. Education in telehealth. *J Telemed Telecare.* 2017;23:273-78.
46. Chan CV, Matthews LA, Kaufman DR. Digital health literacy: concept, measurement, and opportunities for health informatics. *J Med Internet Res.* 2022;24(7):e30428.
47. Maramba ID, Jones R, Austin D, Edwards K, Meinert E, Chatterjee A. The Role of Health Kiosks: Scoping Review. *JMIR Med Inform.* 2022 Mar 29;10(3): e26511. doi: 10.2196/26511. PMID: 35348457; PMCID: PMC9006133.

8. EKLER

Ek-1. Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu

Ek-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-3. Nitel Araştırma Eğitimi Katılım Belgesi

Ek-4. Etik kurul onayı

Ek-5. Örneklem Değişikliği Onayı

Ek-6. Anabilim Dalı Onayı

Ek-1: Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu

1. TELETIP NEDİR? – Algı ve Kavramsallaştırma

1. Sizin için “teletıp” ne ifade ediyor?
 - “Bu kavram aklınıza ilk olarak neyi getiriyor?”
 - “Teletıp sizce neleri kapsar/neleri kapsamaz?”
2. Teletıptı günlük çalışma pratiğiniz içinde nasıl konumlandırıyorsunuz?
 - “Hem uygulama hem de anlam olarak bu kavram sizin için nasıl şekilleniyor?”

2. TELETIP’IN AVANTAJLARI

3. Teletıp uygulamalarının hekim olarak size sağladığını düşündüğünüz kolaylıklar nelerdir?
 - “Bu kolaylıkların mesleki pratiğinizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?”
4. Size göre teletıp hangi hasta gruplarında daha fazla avantaj sağlar?
 - “Neden böyle düşünüyorsunuz?”

3. TELETIP’IN DEZAVANTAJLARI

5. Teletıp uygulamalarının hekimlik açısından zayıf yönleri veya sınırlılıkları nelerdir?
 - “Bu sınırlılıkların klinik karar vermenizi nasıl etkilediğini anlatır mısınız?”
6. Muayene ve tanı süreçlerinde teletıbbın yetersiz kaldığını düşündüğünüz durumlar var mı?
 - “Bu tür durumlarla karşılaştığımız örnekler oldu mu?”

4. KRONİK HASTALIKLARDA TELETIP KULLANIMI (DERİNLEŞTİRİLMİŞ)

7. Kronik hastalığı olan hastaların teletıp ile izlenmesine dair genel görüşünüz nedir?
 - “Sizin için hangi kronik hastalıklar teletıba daha uygun, hangileri daha uygun değil? Neden?”
8. Kronik hastalıklarda teletıp kullanımının klinik sonuçlara etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
 - “Tanı, tedavi ve takip açısından ne gibi etkiler gözlünüyorsunuz?”

9. Kronik hastalarda ilk değerlendirme ve devam eden takipler açısından teletıbbın rolü sizce nasıl olmalıdır?
 - “Hangi aşamalar mutlaka yüz yüze olmalı, hangileri uzaktan yapılabilir?”
10. Kronik hastalık takibinde teletıp kullanıldığında hastaların tedaviye uyumunda bir değişim gözlemlenir mi?
 - “Teletıbbın motivasyonel etkileri olduğunu düşünüyor musunuz?”

5. KULLANILMASI TERCİH EDİLEN DURUMLAR

11. Hangi klinik durumlarda ya da hangi hasta profillerinde teletıp kullanmayı tercih ediyorsunuz?
 - “Bu tercihleri etkileyen ana unsurlar nelerdir?”
12. Teletıbbın yüz yüze görüşmeye göre daha pratik veya daha güvenli olduğunu düşündüğünüz örnekler var mı?

6. KULLANILMAMA NEDENLERİ

13. Teletıptı tercih etmemenize yol açan temel sebepler nelerdir?
 - “Bu sebepler sizin için ne kadar belirleyici?”
14. Teletıp kullanımına karşı hem hekimlerde hem hastalarda hangi çekinceleri gözlemliyorsunuz?

7. TELETIP KULLANIMINA ENGEL OLAN DURUMLAR

15. Sahada teletıp kullanımını zorlaştıran altyapı, donanım veya süreç sorunları nelerdir?
 - “Bu sorunlar pratikte neye sebep oluyor?”
16. Hastaların teletıp hizmetlerine erişimini engelleyen faktörler sizce hangileridir?

8. TELETIP UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖNERİLER

17. Teletıbbın etkinliğini artırmak için sistemsel olarak ne tür düzenlemeler yapılmalı?
 - “Bakanlık düzeyinde? ASM düzeyinde? Hasta düzeyinde?”
18. Sizce teletıbbın güvenli ve sürdürülebilir bir şekilde uygulanabilmesi için nasıl bir model geliştirilmelidir?

9. EĞİTİM (DERİNLEŞTİRİLMİŞ ÖZEL TEMA)

19. Teletıp uygulamaları konusunda kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz?

- “Bu yeterlilik değerlendirmesine neler etki ediyor?”

20. Teletıp için nasıl bir eğitim modeli gerekli olurdu?

- “Hangi içerikler mutlaka yer almalı?”
- “Eğitimin nasıl (online/yüz yüze), ne kadar süreyle ve kim tarafından verilmesini uygun bulursunuz?”

21. Eğitim eksikliğinin klinik uygulamanızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

10. MALPRAKTİS KORKUSU

22. Teletıp uygulamalarında malpraktis riskiyle ilgili en çok hangi durumlar sizi endişelendiriyor?

- “Bu endişelerin sahadaki kararlarınıza nasıl yansıdığını anlatır mısınız?”

23. Teletıpta malpraktis riskini azaltmak için hangi önlemler alınmalıdır?

11. ETİK ve HUKUKİ BOYUT

24. Teletıp uygulamalarında etik açıdan en kritik gördüğünüz noktalar nelerdir?

- “Mahremiyet? Veri güvenliği? Bilgilendirilmiş onam?”

25. Hukuki düzenlemelerin mevcut haliyle yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- “Hukuki boşlukların klinik uygulamada sizde nasıl bir kaygı oluşturduğunu anlatır mısınız?”

26. Etik ve hukuki açıdan daha güvenli bir teletıp sistemi için önerileriniz nelerdir?

12. KAPANIŞ

27. Genel olarak teletıbbın birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

28. Eklemek istediğiniz başka bir görüş veya deneyim var mı?

Ek-2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Teletıp deyince ne anlıyorsunuz? Bu kavram size ne ifade ediyor?
2. Hangi hasta gruplarında teletıp kullanımının uygun olacağını düşünüyorsunuz?
3. Teletıp uygulamalarının kolaylaştırıcı yönleri sizce nelerdir?
4. Teletıbbın zorlaştırıcı yönleri hakkında düşünceleriniz nelerdir?
5. Hipertansiyon, diyabet, KOAH, obezite ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklar açısından teletıp kullanımını nasıl değerlendiriyorsunuz? Bu konudaki kişisel deneyimleriniz nelerdir?
6. Kronik hastalık takibi sırasında ortaya çıkabilecek durumlar bağlamında teletıp kullanımını nasıl değerlendirirsiniz?
7. Teletıp uygulamaları arasında hangilerinin aile hekimliği ve birinci basamak için daha uygun olduğunu düşünüyorsunuz?
8. Teletıp uygulamalarında etik veya hukuki anlamda aklınıza gelen konular nelerdir?
9. Hastalar teletıp ile başvurmadan önce bir “süzgeç” veya değerlendirme mekanizması olması gerektiğini mi düşünüyorsunuz? Sizce nasıl bir sistem olmalı?
10. Teletıp uygulamalarının hayata geçebilmesi için Sağlık Bakanlığı veya yöneticilerin yapması gerektiğini düşündüğünüz düzenlemeler nelerdir?
11. Teletıp konusunda kendinizi ne kadar yetkin hissediyorsunuz? Bu konuda herhangi bir eğitim aldınız mı?
12. Kronik hastalıklarla ilgili teletıp uygulamalarına ilişkin eklemek istediğiniz özel değerlendirmeler var mı?
13. Elimizde teletıp uygulaması yapmaya yönelik imkânlar olmasına rağmen kullanımın düşük olduğunu söylediniz. Sizce teletıbbın daha fazla kullanılabilmesi için neler yapılmalıdır?
14. Karar verici konumda olsaydınız, kimlerin teletıptan yararlanması gerektiğini düşünürdünüz?

15. Teletıp yalnızca hasta muayenesi ile sınırlı değildir. Bu kapsamda başka hangi sağlık hizmeti boyutlarını teletıp ile yürütmenin mümkün olacağını düşünüyorsunuz?

16. Görüşmenin herhangi bir bölümüne eklemek istediğiniz başka bir değerlendirme ya da öneri var mı?



Ek-3: Nitel Araştırma Eğitimi Katılım Belgesi

Ek-4: Etik Kurul Onayı

Ek-5: Örneklem Değişikliği Karar Metni

Ek 6: Anabilim Dalı Onayı