TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Duygu BARUT YARAŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Duygu BARUT YARAŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR
12.09.2024 KÜ GOKAEK-2024/14.14

2025

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ 1
TEŞEKKÜR 4
KISALTMALAR DİZELGESİ 5
ÇİZELGELER DİZELGESİ 6
1.GİRİŞ VE AMAÇ 8
2.GENEL BİLGİLER 9
2.1.Sağlığın Tanımı 9
2.2.Sağlık Hizmetleri Kavramı 9
2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri 10
2.2.1.1.Primer (Birincil) Koruma 11
2.2.1.2.Sekonder (İkincil) Koruma 11
2.2.1.3.Tersiyer (Üçüncül) Koruma 11
2.2.1.4.Dördüncül Koruma 12
2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 12
2.2.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 13
2.2.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri 14
2.2.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri 15
2.2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 15
2.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 16
2.3.Türkiye'deki Sağlık Sistemi 16
2.3.1.Sağlık Sisteminin Tanımı 16
2.3.2.Sağlık Sisteminin Amaçları 16
2.3.3.Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi 16
2.3.3.1.Sağlık Sisteminde Cumhuriyetten Önceki Dönem 16
2.3.3.2.Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti Dönemi Sağlık Hizmetleri (1920-1923) 17
2.3.3.3.1923-1945 Tarihleri Arasındaki Sağlık Sistemi 17
2.3.3.4.1946-1960 Tarihleri Arasındaki Sağlık Sistemi 17
2.3.3.5.1961-1980 Tarihleri Arasındaki Sağlık Sistemi 18
2.3.3.6.1963-2000 Yılları Arasındaki 5 Yıllık Kalkınma Planları 18
2.3.3.6.1.Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) 18

2.3.3.6.2.İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972) 18
2.3.3.6.3.Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977) 19
2.3.3.6.4.Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983) 19
2.3.3.6.5.Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1984-1990) 19
2.3.3.6.6.Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) 19
2.3.3.6.7.Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1995-2000) 19
2.3.3.7.Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2012) 20
2.4.Dünya Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Yapılanması 20
2.4.1.Almanya 21
2.4.2.İngiltere 21
2.4.3.İsveç 22
2.4.4.Fransa 22
2.4.5.Amerika Birleşik Devletleri 23
2.4.6.Küba 23
2.5.Türkiye Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 23
2.5.1.Aile Sağlığı Merkezleri 23
2.5.2.Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi 24
2.5.2.1.Aile Hekimliği Tanımı 24
2.5.2.2.Aile Hekiminin Temel Yeterlilikleri 25
2.5.2.2.1.İlk Başvuru Noktası (Birinci Basamak Erişimi) 25
2.5.2.2.2.Süreklilik 25
2.5.2.2.3.Bütüncülük (Kapsayıcılık) 26
2.5.2.2.4.Koordinasyon ve Yönlendirme 26
2.5.2.2.5.Kişiye Yöneliklilik (Hasta Merkezli Yaklaşım) 27
2.5.2.2.6.Önleyici Yaklaşım ve Sağlığın Geliştirilmesi 27
2.5.2.2.7.Toplumsal sorumluluk 27
2.5.2.3.Wonca 27
2.5.2.3.1.Wonca Ağacı 27
2.5.2.Türkiye'de Toplum Sağlığı Merkezleri 29
2.5.2.1.Toplum Sağlığı Merkezlerinin Tanımı ve Kapsamı 29
2.5.2.2.Toplum Sağlığı Merkezlerinin İşlevleri 30
2.5.3.Sağlıklı Hayat Merkezleri 31
2.5.4.Halk Sağlığı Laboratuvar Hizmetleri 32
3.GEREÇ VE YÖNTEM 33
3.1. Araştırmanın Niteliği 33

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 33
3.3. Araştırmanın Uygulanma Biçimi 33
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri 33
3.5. İstatistiksel Analiz 34
4.BULGULAR 35
5.TARTIŞMA 50
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 54
ÖZET 57
ABSTRACT 59
EKLER 61
KAYNAKÇA 65

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tıp fakültesi eğitimi sürecinde ve uzmanlık eğitimim dönemince yanımda olan benim kadar bu süreçlerde emeği geçen sevgisini ve yardımını hiç eksik etmeyen sevgili eşim Abdurrahman Yaraş'a, tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz emek, özveri ve fedakarlıkların sahibi canım annem Gülcihan Barut, canım babam Necdet Barut ve sevgili kardeşim Yunus Barut'a en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli, uzmanlığını alıp aramızdan ayrılmış ve hâlâ devam eden tüm asistan doktor arkadaşlarıma ve rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan tüm hocalarım, meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Bu süreçte bana rehberlik eden, yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli dostlarıma teşekkür ederim.

Dr. Duygu Barut Yaraş

Kocaeli, 2025

KISALTMALAR DİZELGESİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TSH : Temel Sağlık Hizmetleri

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği)

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

ZSS : Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası

NHS : National Healty Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)

CCG : Clinical Commissioning Groups (Klinik Komisyon Grupları)

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AH : Aile Hekimliği

SHM : Sağlıklı Hayat Merkezleri

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

ÇİZELGELER DİZELGESİ

Şekil 1: WONCA Çekirdek Yeterlilikler Ağacı……..29

Tablo 1: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka sorularının betimleyici istatistikleri…….……35

Tablo 2: Kolmogrorov-Smirnov normallik testi……...…….35

Tablo 3: Demografik bilgilerin yüzde frekansları……..35

Tablo 4: Demografik bilgilerin yüzde frekansları (Devamı)……..36

Tablo 5: Sağlık bilgisi tercihi yüzde frekansları…….……37

Tablo 6: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı yüzde frekansları……..38

Tablo 7: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı yüzde frekansları (Devamı)…….……39

Tablo 8: Vaka bilgilendirme soruları yüzde frekansları……42

Tablo 9: Cinsiyet değişkenine ilişkin Mann-Whitney U Testi……..45

Tablo 10: Yaş değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi…….……..45

Tablo 11: Fakülte değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi……45

Tablo 12: Sınıf değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi……45

Tablo 13: İkamet Durumu değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi……....46

Tablo 14: Kronik hastalığı olma durumu değişkenine ilişkin Mann-Whitney U Testi…….……...46

Tablo 15: Düzenli ilaç kullanma durumu değişkenine ilişkin Mann-Whitney U Testi……46

Tablo 16: Sağlık merkezi ziyaret sıklığı değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi……46

Tablo 17: Aile hekiminden yararlanma sıklığı değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi……47

Tablo 18: Birinci derece akrabalarda sağlık çalışanına sahip olma değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi…….……47

Tablo 19: Sağlık bilgisi kaynağı tercihi doktorlar ve sağlık personelleri olma durumuna yönelik Mann-Whitney U Testi…….…….……47

Tablo 20: Sağlık bilgisi kaynağı tercihi internet ve sosyal medya olma durumuna yönelik Mann-Whitney U Testi……...……48

Tablo 21: Sağlık bilgisi kaynağı tercihi aile ve arkadaşlar olma durumuna yönelik Mann-Whitney U Testi…….……48

Tablo 22: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka soruları arasındaki ilişkiye yönelik Spearman's Testi……...……48

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, tedavi ve koruyucu sağlık uygulamaları birlikte sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma olmak üzere dört farklı düzeyi kapsar. Birincil koruma, sağlık sorunlarının birey veya toplumda ortaya çıkmadan önce, bu sorunlara yol açan faktörlerin önlenmesi veya ortadan kaldırılmasını hedefleyen müdahaleleri içerir.[1] Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri organizasyonunda merkezi bir rol oynamaktadır ve ülkelerin sağlık sisteminin vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Bu hizmetler, bireylerin çeşitli sağlık sorunları nedeniyle başvurduğu, sağlık problemlerinin çözüldüğü, toplumun büyük bir kesiminin tedavi edildiği, gerektiğinde hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirildiği, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarını ve bu kurumlarda sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.[2] Birçok ülke, aile hekimliğini birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevsel bir modeli olarak benimsemiştir. Bu hizmeti sunan kuruluşlar, sağlık sisteminde ilk başvuru noktası olarak bireylerin sağlık sorunlarını ele almak, çözümler sunmak ve gerektiğinde diğer basamaklara yönlendirmekle görevlidir.[3] Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını daha az benimsediğini ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadığını görülmektedir. Ayrıca, bu bireyler hastalık nedenleri ve korunma yöntemleri hakkında daha az bilgi sahibi olup, sağlık kuruluşlarına başvuru oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir.[4] Cerrahoğlu, 2016 yılında yapmış olduğu çalışmasında hastaların, ilk olarak hastaneler yerine birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaları gerektiğini aktarmıştır. Aynı zamanda birinci basamak sağlık kuruluşunda gerekli gördüklerinde hastaları uygun branş hekimine veya hastaneye yönlendirecektir. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında bireylerin farkındalığı yükseltilerek hem hastaların doğru bir tedavi sürecine dahil olmaları hem de sağlık sistemi içerisindeki yükün eşit dağıtılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmayı yapmanın temel nedeni, üniversite öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi eksikliklerinin, bu hizmetlerin etkin kullanımını engelleyebileceği ve genel sağlık durumunu olumsuz etkileyebileceği düşüncesidir. Üniversite öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmeti farkındalığını artırarak, bu hizmetlerinden daha etkili ve yaygın bir şekilde faydalanmalarını sağlamak hedeflemektedir.[5]

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlığın Tanımı

Sağlık her bireyin sahip olması gereken evrensel bir haktır. Ancak sağlığın net tek bir tanımı yoktur. Çünkü sağlık tanımı geçmişten günümüze kadar değişerek gelmiş olup bunun en büyük sebebi insanlık, tarihi boyunca her dönemde bireysel, toplumsal ve çevresel etkenlerin değişmesiyle birlikte farklı koşullar nedeniyle sağlığı koruma, hastalıktan korunma, hastalığa neden olan faktörler gibi durumların sürekli değişmiş olması ve toplumlar arasında da ciddi farklılıklar olmasından dolayıdır.[6,7,8]

Hipokrat döneminde sağlık; vücuttaki dört temel sıvının (kan, balgam, sarı safra, kara safra) dengede olması şeklindeki çok genel bir tabirken sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik halinin olması şeklinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948 tüzüğünde tanımlanmıştır ve en çok kabul görmüş tanım olmuştur. Ottawa Sözleşmesi, sağlığı temel bir insan hakkı olarak ele almakta ve sağlıklı bir yaşamın ön şartları arasında barış, güvenli bir barınma, eğitim olanakları, yeterli beslenme, gelir düzeyi, dengeli bir ekosistem, kaynakların sürdürülebilirliği, toplumsal adalet ve eşitlik gibi unsurlara vurgu yapmaktadır. Aynı zamanda sağlığın temel insan haklarından birisi olduğuna da yer verilmektedir. DSÖ de Ottowa anlaşmasında yer aldığı gibi sağlığın temel insan hakları arasında olduğunu ve insanların bu kaynaklara ulaşımının olması gerektiğini kabul etmektedir.[8,9,10]

2.2.Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, insan sağlığını olumsuz etkileyen çeşitli etkenlerin ortadan kaldırılması, toplumun bu etkenlerden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve fiziksel veya zihinsel yetileri azalmış bireylerin yeniden işlevsel hale getirilmesi (rehabilitasyon) amacıyla gerçekleştirilen tıbbi çalışmaları kapsar.[11]

Sağlık hizmetlerinin sağlanması, bireylerin huzurunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Bu nedenle, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişlik seviyesi, o ülkenin genel kalkınmışlık düzeyini belirlemede önemli bir rol oynar.[12]

1970'lerde DSÖ, ülkeler ve bölgeler arasında ciddi sağlık eşitsizlikleri bulunduğunu ve genel sağlık düzeyinin düşük olduğunu belirledi. Bu tespit, "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedefinin ortaya konmasına neden oldu. 1978'de Alma-Ata'da düzenlenen

konferansta, tüm ülkelerin katılımıyla Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) bildirgesi yayımlandı. TSH, bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, erişilebilir, ekonomik, katılımcı ve kabul edilebilir bir sağlık hizmeti olarak tanımlandı. Aynı zamanda, ulusal sağlık sisteminin temelini oluşturur ve toplumsal kalkınmada kritik bir rol oynar.[7,8,14]

Astana Bildirgesi (2018), 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi'nin 40. yılı anısına Kazakistan'ın Astana kentinde düzenlenen konferansta kabul edilmiştir. Bildirge, birinci basamak sağlık hizmetlerinin evrensel sağlık kapsayıcılığı ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda yeniden tanımlanmasını amaçlamaktadır. Erişilebilirlik, toplum katılımı, sektörler arası iş birliği, dijital sağlık uygulamaları ve devletin liderliği temel ilkeler arasında yer almakta; sağlığın geliştirilmesinde bütüncül ve önleyici bir yaklaşım benimsenmektedir.[68]

Sağlık hizmetleri genel olarak dört başlık altında sınıflandırılmaktadır: Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Bu başlıklara ayırmaktaki ana amaç sağlık hizmetlerini daha anlaşılır hale getirmek ve belli bir çerçeveye oturtmaktır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, DSÖ tarafından 1996'da Ottowa Sözleşmesi ile tanımlanmış olup, diğer sağlık hizmetlerine kıyasla daha yeni bir alandır. Aile hekimi, birinci basamakta koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunar ve aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında yer alarak tüm sağlık hizmet basamaklarında aktif bir rol oynar.[13,15,16]

2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun hastalık risklerini azaltmayı, sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak yaşam standartlarını yükseltmeyi hedefler. Tüm sağlık hizmet basamakları içinde en kritik öneme sahip olan bu hizmetler, hekimliğin temel hedefi olan sağlıklı ve uzun bir yaşam sağlamaya odaklanır, yalnızca hastalıkların tedavisiyle sınırlı değildir. Özellikle bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklığın artırılması, bu hizmetlerin temel amacıdır. Ayrıca, çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini önleyerek, uzun vadede oluşabilecek sosyal ve ekonomik riskler en aza indirilebilir.[17,18]

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylere ve çevreye yönelik olarak uygulanır. Bireysel hizmetler arasında sağlıklı beslenme, erken tanı, ilaçlarla hastalıktan korunma, bağışıklığın

güçlendirilmesi, aşılama, sağlık eğitimi ve kişisel hijyenin desteklenmesi yer alırken insanın sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörleri ortadan kaldırmak, çevreyi sağlığa uygun hale getirmek veya bu olumsuz etkenlerin bireyler üzerindeki etkisini engellemek için yapılan tüm çalışmalar ise çevreye yönelik koruyucu hizmetler içerisinde yer almaktadır.[19,20]

Ayrıca koruyucu sağlık hizmetler primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere 3 düzeyde incelenir.

2.2.1.1.Primer (Birincil) Koruma

Primer koruma, sağlıklı bireylerin mevcut sağlık durumlarını korumayı ve risk faktörleri taşıyan bireylerde hastalık oluşumunu engellemeyi hedefleyen kapsamlı önlemleri içerir. Bu yaklaşımla, hastalık biyolojik olarak ortaya çıkmadan önce alınan tedbirler, hastalıkların gelişimini önlemeyi amaçlar. Aşılama, dengeli beslenme, hijyen kurallarına uygun yaşam, düzenli fiziksel aktivite, sigara kullanımının önlenmesi, kazaların önlenmesine yönelik tedbirler ve çevrenin güvenli hale getirilmesi, primer korumanın temel unsurlarıdır. Ayrıca, toplumun çocuk yetiştirme konusunda bilinçlendirilmesi gibi eğitim faaliyetleri de bu koruma düzeyine dahildir. Tüm bu uygulamalar, bireylerin hem fiziksel hem de duygusal açıdan sağlıklı bir yaşam sürdürmesini desteklemeyi hedefler.[21,22]

2.2.1.2.Sekonder (İkincil) Koruma

Sekonder koruma, hastalıkların erken evrede yani belirti ve bulgular henüz tam olarak ortaya çıkmadan teşhis edilmesi ve tedavi edilmesini içeren bir yaklaşımdır. Bu koruma düzeyi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde, erken tanı ve uygun tedavi yöntemleriyle sağlık kayıplarını önlemeyi hedefler. Kan basıncı ölçümü ya da servikal sürüntü gibi tarama yöntemleri ile kronik hastalık veya malignite durumlarına erken tanı konması sekonder korumaya örnek olarak gösterilebilecek uygulamalardır. Temel amaç, hastalıkların ilerlemeden tanınması ve bireylerin sağlık durumlarını hızlı bir şekilde yeniden kazanmasını sağlamaktır.[17,21,22]

2.2.1.3.Tersiyer (Üçüncül) Koruma

Tersiyer koruma, hastalığın tamamen önlenemediği durumlarda ortaya çıkan kalıcı bozuklukların etkilerini hafifletmeyi ve bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Bu yaklaşım hem hastaların hem de yakınlarının yeni durumlarına uyum sağlamalarına destek

olmayı ve mevcut fonksiyonel kapasitelerini en verimli şekilde kullanmalarını sağlamayı amaçlar. Kalıcı hasarların etkilerini en aza indirmek için rehabilitasyon ve diğer destekleyici müdahaleler önemli bir rol oynar. Tersiyer koruma, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini kolaylaştırarak, olumsuz etkilerin minimuma indirilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini öncelikli bir hedef olarak benimser.[17,22]

2.2.1.4.Dördüncül Koruma

Kişi odaklı bakım sunumunu amaçlayan dördüncül korunma, sağlık hizmetlerinde eşitliği teşvik eden, aşırı tanı ve gereksiz tıbbi müdahaleleri önlemeyi hedefleyen, zarar vermeme ilkesine dayalı bütüncül bir yaklaşımdır. Temelinde tıbbın insancıllaştırılması anlayışı bulunan bu yaklaşım, etik normlara eleştirel bir perspektiften yaklaşmakta ve sağlığın metalaştırılmasına karşı durmaktadır. Dördüncül korunma, aşırı tanı, aşırı tedavi ve aşırı medikalizasyonun önüne geçerek, tıbbın temel ilkelerinden biri olan "önce zarar verme" (primum non nocere) ilkesini güçlendirmektedir.[17]

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin hastalanması, yaralanması veya fiziksel ya da ruhsal sağlıklarının bozulması durumunda, sağlığın yeniden kazandırılmasını hedefleyen tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.[23]

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin mevcut sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisini gerçekleştirmek, komplikasyonları önlemek ve sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini artırmayı hedefler ve sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biridir. Birinci basamaktan ileri düzey sağlık merkezlerine kadar geniş bir yelpazede sunulan tedavi edici hizmetler, hekimlerin liderliğinde ve diğer sağlık personelinin katkılarıyla yürütülmektedir. Polikliniklerdeki ilk müdahalelerden yatarak tedaviye kadar uzanan süreçleri kapsayan bu hizmetler, ilaç ve sağlık ekipmanı temini gibi unsurları da içerir. Tedavi hizmetlerini sağlayan kuruluşlar, ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri sunan kurumlar ile yataklı tedavi hizmetleri sunan kurumlar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu durumlarda, tedavi edici hizmetlere olan talep artış göstermekte ve bu süreç, multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir.[24,25]

Sağlık hizmetlerinin temel amaçları, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sağlık eşitsizliklerini en aza indirmektir. Bu hedeflere ulaşmak ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak için sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç kademede yapılandırılmıştır.[48]

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamak olarak gruplandırılır. Bunlar;

2.2.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık hizmetiyle ilk temas noktasıdır ve genellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerini içerir. Bu hizmetler, toplumdaki bireylere ve ailelere ulaşarak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunar. Aynı zamanda sağlık eğitimi ve danışmanlık sağlamak, toplumun sağlık sorunlarına çözüm üretmek ve gerektiğinde evde bakım hizmetleri sunmak gibi işlevleri de kapsar. Bu yönüyle birinci basamak, bireylerin sağlık durumunu iyileştirirken toplumun genel sağlığını korumayı hedefler.[7,21,22]

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası olup hekimler tarafından sürekli ve kapsamlı olarak sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlere erişilebilirliğin artması, hastaların ilk başvuru yeri olarak kullanma olasılığını yükseltir. Sonuçta maliyetler düşer, hastalar kısa sürede uygun tedaviye ulaşır, doğru sevkler yapılır ve ikinci ile üçüncü basamak hizmetler ile acil servisler daha verimli kullanılır. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de her sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır.[48]

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, ülkelerin sağlık sistemine bağlı olarak farklılık gösterebilir. Türkiye'de, birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayan kuruluşlar, ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri sunan birimler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.[26]

1. Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü,
2. Toplum sağlığı merkezi (TSM),
3. Aile sağlığı merkezi (ASM),
4. Halk sağlığı laboratuvarı (L1ve L2).
5. Kurum tabipliği,

6. 112 Acil sağlık hizmeti birimleri,

7. Evde bakım merkezleri veya birimler,

8. İş yeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler,

9. Belediyelere ait poliklinikler,

10. Özel poliklinikler,

11. Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları,

12. Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler,

13. Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri,

14. 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler,

15. Muayenehaneler,

16. Entegre ilçe devlet hastaneleri.

Birinci basamak sağlık hizmet sunucularının faaliyet izin belgelerine, mevzuata uygun olarak belirlenmiş çeşitli bağlı birimler eklenebilir. Bu birimler arasında çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birimleri; enfeksiyon kontrol birimi; entegre sağlık hizmeti birimi; evde sağlık hizmetleri birimi; kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi; sıtma ve verem savaşı dispanserleri; sağlıklı hayat ve göçmen sağlığı merkezleri; iş sağlığı ve güvenliği birimi; yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi ve sağlık evi yer alır. Ayrıca, ilgili yönetmelik kapsamında açılabilecek diğer benzer birimler de bu kapsamda değerlendirilebilir.[21,26]

2.2.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamakta çözülemeyen veya ileri düzeyde tanı ve tedavi gerektiren sağlık sorunlarını ele alır. Bu basamağın en belirgin özellikleri, gelişmiş tıbbi donanım ve yataklı tedavi imkânlarının sunulabilmesidir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman hekim ve sağlık personelinin yer aldığı hastaneler tarafından sunulan tedavi hizmetlerini kapsar. Birinci basamakta tedavi edilemeyen veya acil başvuru gerektiren durumlar için hizmet vermektedir. İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunan kurumlar olup, devlet

hastaneleri, özel hastaneler, diyaliz merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri gibi çeşitli sağlık kuruluşlarını içerir. Ayrıca, bu kurumlara bağlı semt polikliniklerı ve diğer uzmanlık alanlarında hizmet veren merkezler de ikinci basamağın bir parçasıdır.[26,27]

2.2.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri düzey tanı ve tedavi gerektiren hastalıkların yönetiminde geniş imkanlı ve uzmanlık gerektiren yataklı tedavi kurumlarıdır. Üniversite hastaneleri, onkoloji, kalp ve ruh sağlığı gibi dal hastaneleri bu kategoride yer alır. Eğitim ve araştırma faaliyetleri de yürüten bu kuruluşlara genellikle diğer basamaklardan sevkle hastalar gelir. Ayrıca, bu hastaneler bağımlılık rehabilitasyonu, çocuk izlem, toplum ruh sağlığı, diyaliz ve obezite merkezleri gibi birimleri de içerebilir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan bu sınıfa girerken, diğer hastaneler Bakanlığın belirlediği kriterleri sağlayarak üçüncü basamak sınıfına katılabilir.[7,26]

2.2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel veya ruhsal sakatlıklarını gidermek, günlük yaşamlarını yardıma ihtiyaç duymadan sürdürebilmelerini sağlamak ve işlevselliklerini artırmak amacıyla sunulan kapsamlı hizmetlerdir.[28]

Rehabilitasyon, hastalık veya sakatlık sonucu meydana gelen fonksiyon kayıplarını en üst düzeyde geri kazandırmayı hedefleyen bir süreçtir. Bu süreçte, bireylerin fiziksel, entelektüel ve duygusal becerilerini yeniden kazanarak toplum içinde bağımsız bir şekilde çalışabilmeleri, yaşamlarını sürdürebilmeleri ve işlerini öğrenebilmeleri sağlanır.[21] Aynı zamanda, fiziksel ya da ruhsal hastalıklar ve kazalar sonucunda gelişen kalıcı sakatlık veya güçsüzlüklerin bireylerin günlük yaşamlarına etkisini en aza indirmek amaçlanır.[17] Bu hizmetler, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin yeniden kazandırılmasına odaklanarak, hastalık ya da kazalar nedeniyle ortaya çıkan fiziksel engellerin, ruhsal sorunların (anksiyete, depresyon) ve sosyal çevreden uzaklaşma durumlarının iyilik haline zarar vermesini önlemeye çalışır.[7] Bu hizmetler, kişisel tıbbi ve toplumsal sosyal olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon, bireyin bedensel ve ruhsal sağlığının iyileştirilmesini hedeflerken, sosyal rehabilitasyon ise bireyin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlama eğitimlerini kapsamaktadır.[55]

2.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla gerçekleştirilen tüm hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, sağlıklı bireylerin sağlık seviyelerini daha ileriye taşıma amacını güder ve bireylerin aktif katılımını gerektirir. Sağlığın geliştirilmesi hem bedensel hem de zihinsel sağlık durumunun iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam süresinin uzatılması gibi hedefleri içerir. Günümüzde, birçok sağlık sorunu, bireylerin yaşam tarzı ve alışkanlıklarıyla doğrudan ilişkilidir. Aile hekimlerinin sorumlu olduğu popülasyonlarla kurduğu uzun vadeli hasta-hekim ilişkisi, karşılıklı güveni pekiştirir ve bu güven, hastaların sağlıklarını geliştirmeye yönelik hekim önerilerine uyum sağlamalarına yardımcı olur. Dolayısıyla, aile hekimleri, sağlığın geliştirilmesi sürecinde kilit bir rol üstlenmektedir.[32,54,55]

2.3.Türkiye'deki Sağlık Sistemi

2.3.1.Sağlık Sisteminin Tanımı

Sağlık sistemi, toplumların sağlık düzeyini koruma ve geliştirme amacıyla faaliyet gösteren tüm organizasyonların ve kaynakların bir araya gelmesinden oluşur. Bu sistem, sağlığın korunması, iyileştirilmesi veya geliştirilmesine yönelik her türlü girişim ve etkinlik olarak ifade edilebilir.[29]

2.3.2.Sağlık Sisteminin Amaçları

Sağlık sistemlerinin üç temel hedefi bulunmaktadır:

- Hizmet sundukları bireylerin sağlık düzeylerini iyileştirmek,
- Toplumun sağlıkla ilgili beklentilerine uygun yanıtlar verebilmek,
- Hastalık ve sağlık hizmetleriyle ilgili mali yükümlülüklere karşı ekonomik güvence sağlamak.[29]

2.3.3.Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

2.3.3.1.Sağlık Sisteminde Cumhuriyetten Önceki Dönem

Türkiye'nin sağlık sistemi, tarihsel kökenlerini Selçuklu ve Osmanlı dönemlerindeki vakıf temelli sağlık hizmetlerinden almakta; Osmanlı'da "Hekimbaşılık" kurumu ve 1871 tarihli İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile kurumsallaşmıştır. Cumhuriyet

döneminde ise “Hükümet Tabipliği”, Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri ve Sağlık Kurulları ile kırsal alanlara kadar yaygınlaştırılmış; böylece sağlık sistemi tarihsel bir süreklilik içinde günümüze ulaşmıştır.[29,30]

2.3.3.2.Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti Dönemi Sağlık Hizmetleri (1920-1923)

1920’de Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasının ardından, 2 Mayıs’ta Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti kurulmuş, ardından 3 Mayıs’ta çıkarılan yasa ile Sağlık Bakanlığı resmen teşkil edilmiştir. Bakanlık, koruyucu sağlık hizmetlerini merkez ve taşra teşkilatları aracılığıyla yürütürken, tedavi hizmetlerini yerel yönetimlere devretmiş; yoksul hastaların ücretsiz tedavisini hedeflemiştir. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar, ardından uzun yıllar görev yapan Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaştırılmasına önemli katkılarda bulunmuştur. Cumhuriyet dönemiyle birlikte, halk sağlığını önceleyen sistematik sağlık politikaları uygulanmaya başlanmıştır.[29,30,31]

2.3.3.3.1923-1945 Tarihleri Arasındaki Sağlık Sistemi

Cumhuriyetin ilk yılları, savaşların ardından salgın hastalıklarla mücadelenin ön planda olduğu bir dönemdir. Verem, sıtma, frengi, trahom, çiçek ve kuduz gibi hastalıklarla mücadele, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın temel öncelikleri arasında yer almıştır. 1925–1929 yılları arasında düzenlenen ilk üç Millî Tıp Kongresi, bu hastalıklarla mücadelede önemli bir platform oluşturmuştur. Dr. Refik Saydam’ın 1937’ye kadar süren bakanlığı döneminde, koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilmiş; illerde sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kurulmuştur. Bu süreçte çıkarılan 50 yasa ve 18 tüzükle sağlık sistemi yeniden yapılandırılmış, 1930 tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu dönemin en kapsamlı halk sağlığı düzenlemesi olmuştur. Sağlık hizmetleri merkezi hükümet tarafından yürütülmüş ve genel bütçeden finanse edilmiştir.[29,31]

2.3.3.4.1946-1960 Tarihleri Arasındaki Sağlık Sistemi

1946 yılında Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü’nün kurucu üyeleri arasında yer almış ve aynı yıl Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması, kırsal altyapının güçlendirilmesi ve sağlık personeli yetiştirilmesini hedeflemiştir. Bu dönemde yerel hastaneler Sağlık Bakanlığı'na

devredilmiş, sosyal sigorta sistemi 1945 tarihli İşçi Sigortaları Kanunu ile kurulmuş, 1950'li yıllarda İhtiyarlık, Hastalık ve Analık sigortaları yürürlüğe girmiştir. 1952'de Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü ve kurum sağlık tesisleri açılmış; sağlık mesleklerine ilişkin yasal düzenlemeler yapılmıştır. Tüm bu reformlar, bulaşıcı hastalıklar ve anne-bebek ölümlerinde kayda değer azalmalar sağlamıştır.[29,31]

2.3.3.5.1961-1980 Tarihleri Arasındaki Sağlık Sistemi

Türkiye'de sağlık hakkı ve sosyal güvenlik kavramları ilk kez 1961 Anayasası ile anayasal güvence altına alınmış; Anayasa'nın 49. maddesi bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama ve tıbbi bakım alma hakkını, 48. maddesi ise sosyal güvenlik hakkını düzenlemiştir. Aynı yıl yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun**,** sağlık hizmetlerinin eşitlikçi bir yaklaşımla toplumun tüm kesimlerine ulaştırılmasını hedefleyen entegre bir model öngörmüştür. Bu modelde koruyucu ve tedavi edici hizmetler sevk zinciri esasına dayandırılmış; 5.000–10.000 kişilik nüfus gruplarına sağlık ocağı ekipleri atanmış, köylerde ise sağlık evleri kurulmuştur. Bu düzenlemelerle Türkiye, planlı sağlık hizmet sunumuna geçerek sağlıkta sosyalizasyon ilkesini benimsemiştir. Söz konusu yaklaşım, 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda da uluslararası düzeyde vurgulanan evrensel sağlık hedefleriyle uyum göstermektedir.[29,31,32]

2.3.3.6.1963-2000 Yılları Arasındaki 5 Yıllık Kalkınma Planları

2.3.3.6.1.Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu çerçevesinde hazırlanan planda, halk sağlığının korunması ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi temel öncelik olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından sunulması, sağlık personelinin dengeli dağıtımı, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin uygulanması, ilaç endüstrisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin açılmasının teşvik edilmesi hedeflenmiştir.[29,30]

2.3.3.6.2.İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

1969 yılında kabul edilen bu planda, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yeniden gündeme alınmıştır.[29]

2.3.3.6.3.Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi programının ülke genelinde uygulanması hedeflenmiştir.[29]

2.3.3.6.4.Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

1978'de yürürlüğe giren 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, hastanelerdeki doktor eksikliğine bağlı kapasite sorunlarını büyük ölçüde çözmüş ancak kırsal bölgelerdeki personel yetersizliği sorununa tam anlamıyla çözüm sağlayamamıştır.[29]

2.3.3.6.5.Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1984-1990)

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989) döneminde, özel sektör sağlık kurumlarının teşviki ve Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması öncelikli hedefler arasında yer almıştır. 1987'de çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayan vatandaşlara sınırlı da olsa sağlık güvencesi sağlanmıştır. 1989 yılında, "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın adı "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmiş ve bakanlık, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda temel kurum haline gelmiştir.[29,31]

2.3.3.6.6.Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990) çerçevesinde, genel sağlık sigortasına geçiş çalışmaları kapsamında 1992 yılında 3816 sayılı "Yeşil Kart Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu düzenleme ile sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanması sağlanmıştır. Halk arasında Yeşil Kart Kanunu olarak bilinen bu uygulama, düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmayı hedeflemiştir.[29,31]

2.3.3.6.7.Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1995-2000)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996–2000) kapsamında, sağlık sistemine ilişkin kapsamlı reform hedefleri belirlenmiştir. Bu çerçevede, Genel Sağlık Sigortası'nın hayata geçirilmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılması, hastanelerin özerkleştirilmesi, birinci basamakta aile hekimliği modeline geçilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi öngörülmüştür. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici

rolünün artırılması hedeflenmiştir. 1980'lerden itibaren küreselleşmenin etkisiyle gündeme gelen bu reformlar, sağlık harcamalarını kontrol altına almayı ve hizmet verimliliğini artırmayı amaçlamış; temel hedef ise sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin azaltılması olmuştur.[29,31]

2.3.3.7.Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2012)

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP),2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan ve Türkiye sağlık sisteminin etkin, verimli ve hakkaniyetli şekilde yeniden yapılandırılmasını amaçlayan bir reform sürecidir. Artan maliyetler, toplumsal beklentiler ve yönetişim talepleri doğrultusunda geliştirilen program, insan odaklılık, katılımcılık, sürdürülebilirlik ve kalite gibi ilkelere dayanmaktadır. İki aşamada yürütülen SDP kapsamında; genel sağlık sigortası uygulaması, aile hekimliği sistemine geçiş, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması ve özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi yapısal değişiklikler gerçekleştirilmiş, bu sayede sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve organizasyonu önemli ölçüde geliştirilmiştir.[30,31]

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde sunulmasını hedefleyen kapsamlı bir reformdur. Bu kapsamda, birinci basamakta Aile Hekimliği Modeli'nin uygulanması, ikinci basamak hastanelerde idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin kurulması ve sağlık hizmetlerinin finansmanında Genel Sağlık Sigortası'nın devreye alınması öngörülmüştür. Programın etkililik ilkesi sağlık düzeyinin artırılmasını, verimlilik kaynakların etkin kullanımıyla hizmet üretiminin artırılmasını, hakkaniyet ise bireylerin hizmete erişimini ihtiyaçlarına göre, mali katkılarını ise ödeme güçlerine göre düzenlemeyi amaçlamaktadır.[47,49]

2.4.Dünya Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Yapılanması

Türkiye sağlık sistemi, Almanya'nın refah odaklı Bismarck modeline benzer bir yapı sergilemektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmetleri kamu malı olup, devletin sorumluluğundadır ve yürütülmesinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kâr amacı gütmeyen vakıf kuruluşları aracılığıyla sunulmakta, finansman ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödemelerle sağlanmaktadır. 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm" programı ile Türk sağlık sistemi yeniden yapılandırılmış ve Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında Genel Sağlık Sigortası uygulanmaya başlanmıştır. Bu reformlarla sağlık

hizmetlerine erişim kolaylaşmış ve özellikle düşük gelirli bireyler için mali koruma iyileştirilmiştir. 2012 itibarıyla tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası sistemine dahil olması zorunlu hale getirilmiştir. Avrupa'da ise sağlık politikaları, her ülkenin özgün koşulları ve kaynaklarına göre şekillenmekte, bu da sağlık hizmetlerinin sunumu, insan gücü planlaması ve finansman politikalarında farklılıklara yol açmaktadır.[33,35,42]

2.4.1.Almanya

Almanya sağlık sistemi, halk sağlığı, ayakta tedavi ve hastane hizmetleri olmak üzere üç temel düzeyde yapılandırılmıştır. Halk sağlığı hizmetleri yaklaşık 350 merkez aracılığıyla sunulurken, ayakta tedavi aile hekimleri ve uzman hekimler tarafından sağlanmaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri ise hastaneler aracılığıyla yürütülmektedir. Bismarck modeli temelinde işleyen sistemde, zorunlu sosyal sağlık sigortası (ZSS) aracılığıyla geniş nüfus kapsanmakta; bireyler sağlık kuruluşlarını serbestçe seçebilmekte ancak sevk zincirine uymadıklarında belirli hizmetler için cepten ödeme yapmaktadır. Aile hekimine başvuru ve sevk yoluyla alınan hizmetlerde ise ek ödeme uygulanmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimleri aracılığıyla sunulmakta; bu hekimler kronik hastalık yönetimi, uzman yönlendirmesi ve mesai dışı acil hizmetlerden sorumludur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu tarafından düzenlenen ancak özerk sigorta kuruluşları aracılığıyla yürütülen çok paydaşlı bir yapıya sahiptir. Gönüllü kuruluşlar ise özellikle yaşlı ve engelli bireylerin uzun dönem bakım hizmetlerinde tamamlayıcı rol üstlenmektedir. Yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık yükü, sistemin uzun dönem bakım ve koruyucu hizmetlere daha fazla odaklanmasını gerektirmektedir.[34,37,38]

2.4.2.İngiltere

İngiltere sağlık sistemi, Beveridge modeline dayanmakta olup, devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi ve sunması esasına dayanır. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) aracılığıyla birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır. Sistem, vergi gelirleriyle finanse edilmekte ve tüm vatandaşların sağlık ihtiyaçları devlet tarafından karşılanmaktadır. 2012'deki reformla, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimi, genel pratisyenlerin oluşturduğu ve yönetiminde olduğu Clinical Commissioning Groups (CCG) yapılarıyla daha özerk hale getirilmiştir. Hastalar, birinci basamak hekimlerine başvurup sevk zinciriyle diğer sağlık hizmetlerine yönlendirilir, bu zincir takip edilmediğinde ise

cepten ödeme yapılması gerekmektedir. İngiltere'de sağlık harcaması, GSYİH içinde düşük olsa da sağlık hizmetlerinin kalitesi benzer ülkelere göre yüksektir. Avrupa vatandaşları Avrupa Sağlık Sigortası Kartı ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken, İngiltere vatandaşı olmayanlar yalnızca acil servislerden ücretsiz yararlanabilmektedir.[33,34,37,38]

2.4.3.İsveç

İsveç sağlık sistemi, eşitlik ilkesine dayalı, evrensel ve kamu finansmanlı bir model olarak yapılandırılmıştır. Sağlık hizmetleri; ulusal, bölgesel ve yerel düzeylerde örgütlenmiş olup, ulusal düzeyde Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı politika ve koordinasyondan, bölgesel yönetimler ise hastane ve toplum sağlığı hizmetlerinden sorumludur. Birinci basamak hizmetler, bireylerin serbestçe seçebildiği aile hekimleri aracılığıyla sunulmakta ve hekimlere kişi başı, hizmet başı ve hedef odaklı ödeme modelleriyle ücret verilmektedir. 2003 yılında kabul edilen Halk Sağlığı Hedefleri Yasası, halk sağlığını sosyal politikanın temel unsurlarından biri olarak tanımlamış; toplumsal katılım, ekonomik güvence, sağlıklı yaşam koşulları ve hizmet kalitesi gibi alanlarda çok boyutlu hedefler ortaya koymuştur. İsveç sağlık sistemi, kapsamlı birinci basamak hizmetlerinden hastane bakımına, evde sağlık hizmetlerinden bulaşıcı hastalıkların önlenmesine kadar geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadır.[36,38,42]

2.4.4.Fransa

Fransa, 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın en iyi sağlık sistemi olarak değerlendirilmiştir. Aynı yıl yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun %99,9'u sigorta kapsamına alınmış; sağlık hizmetleri için yapılan hasta ödemeleri büyük ölçüde sigorta tarafından geri karşılanmıştır. Finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla aile hekimliği reformu hayata geçirilmiş ve sevk zinciri oluşturulmuştur. Bu kapsamda bireylerin bir aile hekimi seçmesi teşvik edilmiş, doğrudan uzman hekime başvuranlara daha düşük geri ödeme oranı uygulanmaya başlanmıştır. 2004 yılında başlatılan gönüllü kayıt sistemiyle bireylerin birinci basamak hekimlerine kaydolmaları desteklenmiş; bugün nüfusun %85'inden fazlası bir aile hekimine kayıtlıdır. Fransa'daki sağlık sistemi, temel sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamını kapsarken, büyük çoğunluk tamamlayıcı özel sağlık sigortasıyla da ek güvenceye sahiptir.[35-59]

2.4.5.Amerika Birleşik Devletleri

ABD sağlık sistemi, sanayileşmiş kentlerin yüksek sağlık harcamaları, ulusal hükümetin istikrarlı sağlık politikası ve kapitalist ekonomi yapısı gibi özelliklerle öne çıkmaktadır. Finansman, merkezi ve eyalet gelirleri, Medicare ve Medicaid gibi kamu destekleri, özel sigortalar ve cepten ödemelerden oluşan karma bir yapıya dayanır. Ancak bu sistem, eşitsizlik ve yüksek maliyetler ile karakterizedir. Medicare, 65 yaş üstü ve engelli bireylere hizmet sunarken; Medicaid, düşük gelirli bireyleri kapsar. ABD'deki sağlık sistemi, serbest piyasa ve özel sigorta temellidir, bu da kâr amacının ön planda olmasına yol açar. Sistemde düzenli bir sevk zinciri bulunmazken, Medicare ve Medicaid gibi programlar, Amerikalıların büyük bir kısmına sağlık sigortası sağlar.[37,38]

2.4.6.Küba

Küba, sınırlı ekonomik kaynaklara rağmen sağlık alanında kaydettiği ilerlemelerle dikkat çeken bir ülkedir. 1959 Devrimi sonrasında halk sağlığına öncelik veren politikalarla birinci basamak hizmetler güçlendirilmiş; düşük bebek ölüm oranı, yüksek aşılama düzeyi ve kontrol altına alınmış bulaşıcı hastalık oranları gibi olumlu sağlık göstergeleri elde edilmiştir. Evrensel ve ücretsiz sunulan sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlikten tedaviye kadar tüm süreci kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın merkezi düzeyde politika geliştirme işlevi, yerel düzeyde ise sağlık evleri ve hastaneler aracılığıyla hizmet sunumu ile desteklenmektedir.[37,42]

2.5.Türkiye Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

2.5.1.Aile Sağlığı Merkezleri

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tüm illerde uygulanmaktadır ve bu sistem, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayı hedefler. Aile hekimliği, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını yaş, cinsiyet ve hastalık durumlarına bakmaksızın, kişiye özel koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi sunan, ekip çalışmasıyla yürütülen bir modeldir. Bu sistem, doktor ve hasta arasında güçlü bir ilişki kurarak, sağlık hizmetlerinin bütüncül bir şekilde sunulmasını sağlar. Aile hekimleri, bölgedeki nüfusa göre, valiliklerle yapılan sözleşmelerle göreve başlar ve ebe, hemşire gibi sağlık personeliyle birlikte çalışır. Aile hekimliği, sevk zinciri ilkesine dayalı olarak, birinci

basamaktaki hizmetlerin, ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kurumlarındaki yükü azaltmayı ve bu basamaklarda daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlamayı amaçlar.[31,33]

2.5.2.Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi

Aile Hekimliği (AH) kavramı, Türkiye'de 1970'lerin ortalarında gündeme gelmiş olsa da başlangıçta sağlık ocağı hekimlerinin görevleri arasında görülmüş ve ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmemiştir. Ancak 1980'li yıllarda Alma-Ata Deklarasyonu doğrultusunda birinci basamağın güçlendirilmesine yönelik çabalar artmış ve bu süreçte aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatılmıştır. Aile hekimliği uygulaması, koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkararak aşılama, gebe ve bebek izlemeleri, aile planlaması ve kronik hastalık takibini artırmış, bulaşıcı hastalıkların sıklığını azaltmıştır. Ayrıca, aile hekimliği birimlerinin özel muayenehanelerin yerini alması, SSK'lıların daha fazla kuruma başvurabilmesi ve teknolojik gelişmeler, birinci basamağa başvuru oranını artırmıştır.[48,49]

Türkiye'de aile hekimliği sistemi, ülkeye özgü bir model üzerine geliştirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde birinci basamak hekimliği için genellikle en az üç yıllık uzmanlık eğitimi gerekliliği bulunurken, Türkiye'de bu gereklilik tam olarak sağlanamamış ve bunun yerine uzmanlık eğitimi almamış hekimler için "geçiş dönemi eğitimi" uygulanmıştır. 1983 yılında, aile hekimliği uzmanlığı Türkiye'de resmi olarak kabul edilerek Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne eklenmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de başlamış, 1992'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler düzenlenmiştir. 1993'te ise aile hekimliği için müfredat çalışmaları yapılmış ve eğitici eğitimleri başlatılmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan "Acil Eylem Planı" ile aile hekimliğinin gelişimi hız kazanmış, 2003'teki "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sistem halkla duyurulmuştur. Bu süreç, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve aile hekimliğinin etkin şekilde uygulanmasına önemli katkılarda bulunmuştur.[9,11,51,54]

2.5.2.1.Aile Hekimliği Tanımı

Aile hekimliği de diğer uzmanlık dalları gibi belirli bir gereksinim sonucu ortaya çıkmıştır. Francis Peabody, 1923 yılında tıpta aşırı uzmanlaşmanın hastaları ortada bıraktığını vurgulayarak, insanı bütüncül olarak ele alan bir uzmanlık alanına ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. 1974 yılında Hollanda'da düzenlenen "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısında, birinci basamak hekimliğinin organ veya sistem temelli klinik

dallardan farklı, özgün bir uzmanlık alanı olduğu vurgulanarak aile hekimliği tanımlanmıştır.[49]

Sağlık bakanlığı tanımına göre; Aile hekimliği, bireyin yaşadığı çevreyi de dikkate alarak, doğumdan ölüme kadar süren, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bir arada sunan, birey merkezli ve süreklilik arz eden birinci basamak sağlık hizmetidir. Bu hizmet, hekimin birey ve ailesiyle kurduğu sürekli ve karşılıklı güven ilişkisi temelinde yürütülür.[44]

2.5.2.2.Aile Hekiminin Temel Yeterlilikleri

Bernard Gay, aile hekimliğinin temel ilkelerini tanımlarken, aile hekimliğinin yalnızca bireysel hastalık tedavisinin ötesinde, bireyin bütüncül sağlığını ve toplumun genel sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran bir yaklaşım benimser. Bu ilkeler genel olarak aşağıdaki başlıklarda özetlenebilir:

2.5.2.2.1.İlk Başvuru Noktası (Birinci Basamak Erişimi)

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumda sık karşılaşılan sağlık gereksinimlerine yönelik erişilebilir ve kapsayıcı hizmetler sunan, aynı zamanda sağlık sisteminin diğer birimleriyle koordinasyonu sağlayan temel sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Nadir ve olağandışı vakalar dışında geniş bir yelpazede sağlık hizmeti sunan bu basamak, bireylerin sağlık hizmetleriyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır.[62] Bireyler sağlık sistemine ilk olarak aile hekimleri aracılığıyla girer.[39] İlk başvuru hizmeti, bireyin sağlık sorununa aciliyetine bağlı olarak ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişimini ve kullanımını ifade eder. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar arasında temel amaç, bireylerin birinci basamak sağlık kurumlarında ilk başvuru noktasına yönlendirilmesidir. Bu yaklaşım, bir sağlık profesyonelinin rehberliğiyle, en uygun bakım kaynağının seçilmesini kolaylaştırır ve doğrudan uzmana başvurunun yol açacağı hizmet eşitsizliklerini ile maliyet artışlarını engeller.[59]

2.5.2.2.2.Süreklilik

Aile hekimliği, bireyin tüm yaşam döngüsü boyunca kesintisiz sağlık hizmeti sunarak sürekliliği esas alır. Süreklilik, her türlü sağlık ihtiyacına yanıt verebilecek düzenli bir sağlık hizmeti kaynağının bulunmasını ifade eder ve temel olarak hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde şekillenir. Bu bağlamda sürekliliğin etkin bir şekilde sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin güvence altına alınması gerekmektedir.[39,59]

Sürekliliğin bireysel düzeyde her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmesinin yanı sıra toplumsal boyutu da büyük önem taşımaktadır. Toplumsal boyut, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sorumlu olduğu toplumu tanımasını, sunulan hizmetlerin etkinliğini değerlendirmesini ve değişen sağlık gereksinimlerini tespit edebilmesini ifade etmektedir.[63] Hastanın sağlıkla ilgili kararlarını bilinçli bir şekilde verebilmesi için gerekli bilgilere zamanında ve etkili bir şekilde ulaşmasını sağlamak, aynı zamanda sağlık tercihlerini belirlemede rehberlik edecek öneriler sunmaktır.[65]

2.5.2.2.3.Bütüncülük (Kapsayıcılık)

Aile hekimleri, hastayı biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alır.[39]

Hastaların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için doğrudan veya dolaylı olarak tam bir hizmet yelpazesinin sağlanması. Buna sağlık teşviki, önleme, yaygın durumların teşhisi ve tedavisi, diğer klinisyenlere sevk, kronik durumların yönetimi, rehabilitasyon, palyatif bakım ve bazı modellerde sosyal hizmetler dahildir. Sağlık hizmetleri kapsamı, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesini içermeli; hastalıkların, sakatlıkların ve diğer sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisini sağlamalı; ayrıca yaralanmaların ve işlev kayıplarının önlenmesine yönelik uygulamaları da içermelidir.[61,65] Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının artırılmasının, daha düşük sağlık harcamalarıyla (tanı testlerinin, tedavi maliyetlerinin ve tıbbi müdahalelerin azalması) ve hasta sonuçlarının iyileşmesiyle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir.[62]

2.5.2.2.4.Koordinasyon ve Yönlendirme

Aile hekimi, gerek duyulduğunda hastayı uygun uzmanlık alanlarına veya üst basamak sağlık kurumlarına yönlendirir.[39] Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemine giriş noktası olarak diğer bakım düzeylerine yönlendirme işlevi görmekte ve hizmetlerin koordinasyonunda kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle birinci ve ikinci basamak arasındaki geçişlerde veya tedavi edici hizmetler ile halk sağlığı hizmetleri arasındaki etkileşimde koordinasyonun sağlanması önem arz etmektedir. Koordinasyon, sağlık hizmetlerinin bütüncül ve etkili sunumunu destekleyen bir süreç olup, bireysel hastalar için tutarlı tedavi planları oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu süreç, hem aynı bakım düzeyindeki sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğini hem de birinci basamak ile diğer bakım seviyeleri arasındaki koordinasyonu kapsamaktadır. Ayrıca, hastaların başvurularına ilişkin sürekli olarak kapsamlı bir kayıt tutulması ve sevk edilen hastalara dair alınan geri bildirim

oranları, eşgüdümün etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilecek önemli göstergelerdir.[59,64]

2.5.2.2.5.Kişiye Yöneliklilik (Hasta Merkezli Yaklaşım)

Aile hekimliği, hastayı yalnızca bir hastalık taşıyıcısı olarak değil, inançları, değerleri, yaşam koşulları ve tercihleri olan bir birey olarak görür**.**[39]

2.5.2.2.6.Önleyici Yaklaşım ve Sağlığın Geliştirilmesi

Aile hekimliği, koruyucu sağlık hizmetlerine, erken tanı uygulamalarına, aşılamaya ve eğitim çalışmalarına büyük önem verir. Hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi ve sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesi hedeflenir.[39]

2.5.2.2.7.Toplumsal sorumluluk

Aile hekimi, yalnızca bireylerin değil, kayıtlı olduğu toplumun da genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesinden sorumludur.
Bu yaklaşım, aile hekiminin sağlık politikaları, toplumsal sağlık sorunları ve kaynak kullanımına duyarlı olmasını gerektirir.[39]

2.5.2.3.Wonca

WONCA, İngilizce “World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians” ifadesinin ilk beş harfinden türetilmiş bir kısaltmadır. Türkçede “Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Kolejleri, Akademileri ve Akademik Dernekleri Örgütü” olarak karşılık bulmakta ve kısaca “Dünya Aile Hekimleri Örgütü” adıyla anılmaktadır.[40]

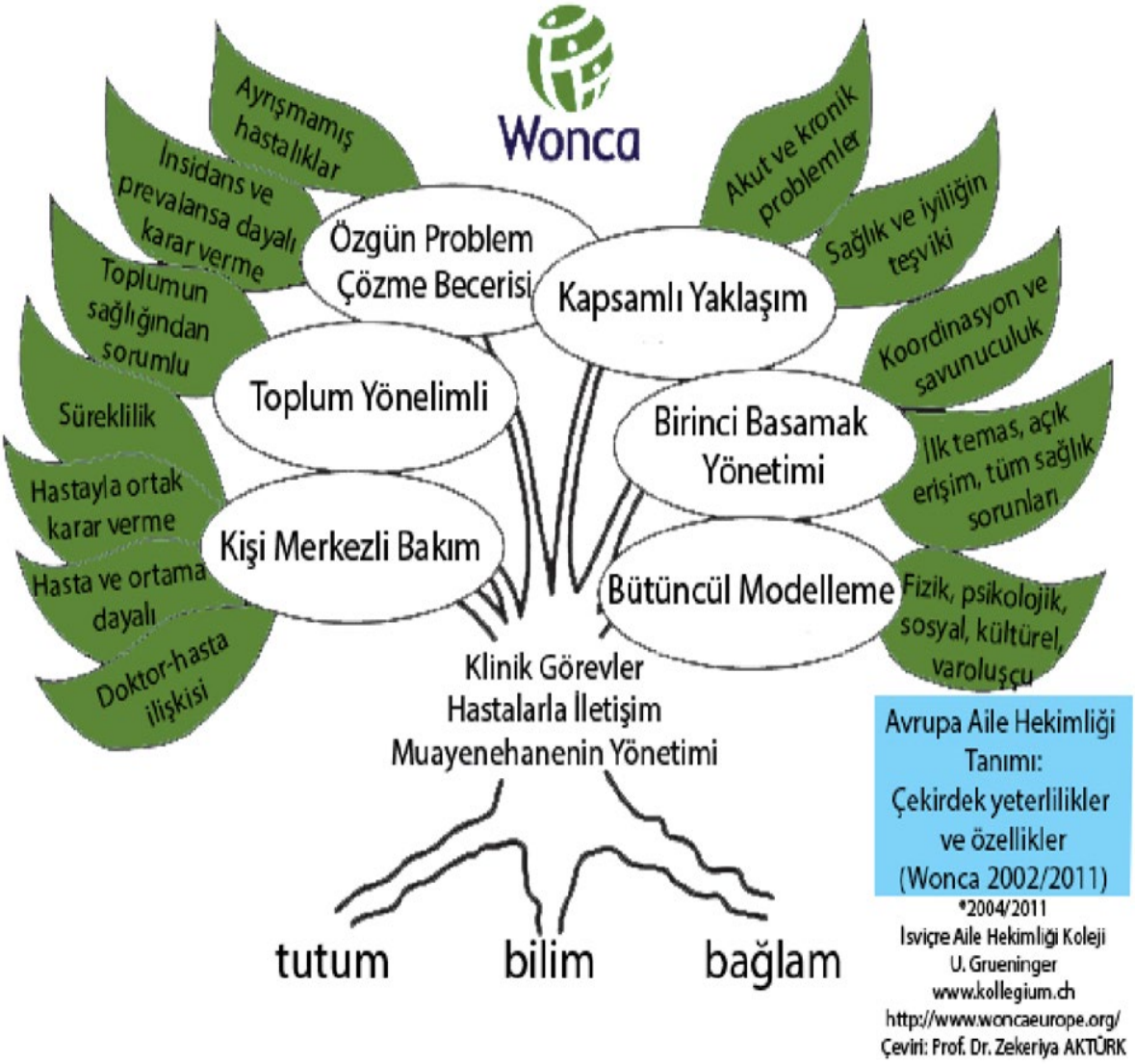
2.5.2.3.1.Wonca Ağacı

WONCA, 1991 tarihli bildirgesinde genel pratisyen/aile hekimlerinin sağlık sistemlerindeki rolünü tanımlamış ve bu rolü mesleki yükümlülükler ile sorumluluklar çerçevesinde ele almıştır. WONCA 2002’de Aile Hekimliği Avrupa tanımını yayınlayarak 6 çekirdek yeterliliği, 2005’te temel özellikleri açıklamıştır. Son güncelleme 2023 yılında yapılmıştır.[69] Bu bildirgeye göre aile hekimliğinin temel özellikleri şunlardır:

- Kapsayıcı bakım
- Hastaya yönelim

- Aile odaklı yaklaşım
- Etkin hekim-hasta ilişkisi
- Diğer hizmetlerle eşgüdüm sağlama
- Savunuculuk rolü
- Ulaşılabilirlik ve kaynak yönetimi[41]

Aile hekimliği disiplini, bu alanda yetişen hekimlerin sahip olması gereken belirli temel yeterlilikleri içerir. Aile hekimliğinin tanımı, bu çekirdek yeterliliklerin belirlenmesini sağlamıştır.[39]



Şekil 1. WONCA Çekirdek Yeterlilikler Ağacı

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri:

1) Birinci basamak yönetimi
2) Kişi merkezli bakım
3) Özgün problem çözme becerisi
4) Kapsamlı yaklaşım
5) Toplum yönelimli olma
6) Bütüncül yaklaşım-modelleme[39]

2.5.2.Türkiye'de Toplum Sağlığı Merkezleri

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve birey yerine topluma yönelik hizmet sağlayan sağlık kuruluşlarıdır. Bu merkezler, bölgedeki sağlık sorunlarını tespit eder, risk analizleri yaparak bu sorunlara yönelik düzeltici ve önleyici çalışmalar gerçekleştirir. TSM'ler, aile sağlığı merkezlerini izleyip denetler ve koordinasyon sağlar. Ayrıca çevre sağlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıkların takibi, okul sağlığı, işçi sağlığı ve iş güvenliği gibi hizmetleri de sunar. Amaçları, bulundukları bölgedeki toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir.[29,33] Türkiye'de sağlıkta dönüşüm süreci ve Aile Hekimliği uygulamasına geçişle birlikte birinci basamakta konumlanan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri dışındaki temel sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplayarak daha etkin ve verimli sunmayı amaçlamaktadır.[43]

2.5.2.1.Toplum Sağlığı Merkezlerinin Tanımı ve Kapsamı

Son düzenlemeye göre Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), bölgesindeki sağlık risk ve sorunlarını belirleyip bunlara yönelik önleyici ve düzeltici faaliyetleri yürüten; koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici birinci basamak sağlık hizmetlerini koordine eden; bu hizmetleri izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; ayrıca bölgedeki sağlık kuruluşları ile diğer kurumlar arasında iş birliği sağlayan bir sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır.[43]

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin bireye yönelik olanları aile sağlığı merkezlerinde, topluma yönelik olanları ise toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) yürütülmektedir. TSM, bölgesinin sağlık risklerini ve sorunlarını belirleyerek toplum sağlığını geliştirmeye ve korumaya odaklanan; birinci

basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetleri organize eden, bu hizmetlerin verimli sunumunu izleyen, değerlendiren ve destekleyen bir sağlık kuruluşudur.[45]

2.5.2.2.Toplum Sağlığı Merkezlerinin İşlevleri

"Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği" uyarınca her ilçede en az bir Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) kurulmuş olup, bu merkezler 28 farklı görevi üstlenerek koruyucu hekimlik ve sağlık yönetiminde önemli bir rol üstlenmektedir. TSM'ler bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bağışıklama, kadın ve üreme sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, kanser tarama, çevre sağlığı, çalışan sağlığı ve güvenliği, okul sağlığı, evde sağlık ve acil sağlık hizmetleri gibi birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Ayrıca KETEM, AÇS-AP, VSD, TSM-İSG, Diyabet ve Obezite, Hemoglobinopati Tanı, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Sıtma ile Mücadele, Sağlık Evi gibi birimler ihtiyaca göre TSM bünyesinde açılabilmektedir. 2016 yılında nüfus tabanlı halk sağlığı merkezi birimi oluşturulmasına yönelik genelgeye yürütmeyi durdurma kararı verilmiş olsa da TSM'ler gelişen ihtiyaçlara uyum sağlayarak toplum sağlığını koruma görevini sürdürmektedir

(1) Toplum sağlığı merkezi, aşağıdaki hizmetleri sunar:

a) İdari ve mali işler,

b) Kayıt ve istatistik,

c) Plan ve program yapma,

ç) Diğer kurumlarla iş birliği,

d) İzleme ve değerlendirme çalışmaları,

e) Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü,

f) Tüberküloz kontrolü,

g) Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü,

ğ) Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları,

h) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,

ı) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri,

i) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri,

j) Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri,

k) Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler,

l) Ulusal programlar ile ilgili hizmetler,

m) Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri,

n) Acil sağlık hizmetleri,

o) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri,

ö) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,

p) Çevre sağlığı hizmetleri,

r) Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler,

s) Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri,

ş) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri,

t) Evde sağlık hizmetleri,

u) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,

ü) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları,

v) Sosyal hizmet çalışmaları,

y) Hizmet içi eğitimler,

z) Diğer görevler.[44]

2.5.3.Sağlıklı Hayat Merkezleri

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), bireyleri ve toplumu sağlığa yönelik risklerden korumak, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere erişimi kolaylaştırmak amacıyla kurulmuş çok amaçlı yapılar olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezler (SHM), toplum sağlığı merkezlerine bağlı ek hizmet birimleri şeklinde faaliyet göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk aşamasında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için Aile Hekimliği Türkiye Modeli geliştirilmiş ve bu model 81 ilin tamamında hayata geçirilmiştir.

Yeni dönemde ise SHM'ler, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin sunduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini daha da güçlendirmek, bu hizmetlere erişimi kolaylaştırmak, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek ve sağlığa yönelik risklerden bireyleri ve toplumu korumak amacıyla hizmet sunmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM), kapsamlı sağlık hizmetleri sağlamak amacıyla çeşitli danışmanlık ve destek hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında beslenme danışmanlığı, kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı yer almaktadır. Ayrıca, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim faaliyetlerini yürüten Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) danışmanlığı, ruh sağlığı danışmanlığı, çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı gibi hizmetler de TSM'lerin sunduğu önemli hizmetler arasında bulunmaktadır. Tütün ve madde bağımlılığı danışmanlığı, enfeksiyon kontrol hizmetleri, koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı, tıbbi hizmetler ve idari hizmetler de bu merkezlerin hizmet yelpazesine dahil edilmektedir. Bu çeşitli hizmetler, toplumun genel sağlık düzeyini artırmak ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılamak amacıyla entegre bir şekilde sunulmaktadır.[52]

2.5.4.Halk Sağlığı Laboratuvar Hizmetleri

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine ilişkin olarak belirlenen görevleri kapsamlı bir şekilde yerine getirmektedir. İlk olarak, aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilemeyen görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, müdürlüğün planlamaları doğrultusunda ya da müdürlük tarafından uygun görülen başka bir sağlık kuruluşunun laboratuvarlarında sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra, ihtiyaç duyulan bölgelerde, toplum sağlığı merkezleri bünyesinde halk sağlığına yönelik laboratuvar hizmetlerinin sunulması da TSM'nin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu yaklaşımla, TSM'ler sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve erişilebilirliğini artırarak, toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır.[44]

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Niteliği

Tıpta uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, Aralık 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Mediko-Sosyal Tesisi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 229 üniversite öğrencisiyle yapılmış betimsel ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Kocaeli Üniversitesi Mediko-Sosyal Tesisi Aile Hekimliği Polikliniğine 1 aylık süre içinde başvuran üniversite öğrencilerini kapsamaktadır. Araştırmanın örneklem grubunu ise araştırmaya gönüllü olarak katılan 229 öğrenci oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Uygulanma Biçimi

Kocaeli Üniversitesi Mediko-Sosyal Tesisi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran ve çalışmaya kabul edilme kriterlerini karşılayan öğrenciler araştırma hakkında bilgilendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-1) yazılı olarak sunuldu ve anketin ilk sorusuna araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair onay kutucuğunu işaretlemeleri kaydıyla onam alındı. Anket formu (EK-2), Google Formlar üzerinden hazırlanan 3 ana başlık içeren 49 sorudan oluşmaktadır. Ankette demografik bilgiler, sağlık kuruluşlarını kullanma sıklığı ve kronik hastalık durumları ile ilgili 11 soru yer almakta, diğer sorular güncel literatür incelenerek hazırlanmış olup, 33 tane birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığını ölçmek amaçlı 2 seçenekli sorular ve 5 soruluk vaka bilgilendirme soruları başlığı altında 5 şıklı sorulardan hazırlanmış ve veriler elde edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Kocaeli Üniversitesi Mediko-Sosyal Tesisine başvurmuş olmak
- Kocaeli Üniversitesi öğrencisi olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak.
- Anketi doldurmaya engel sağlık sorunu olmak.
- Kocaeli Üniversitesi öğrencisi olmamak.

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmeleri IBM SPSS 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Normal dağılım varsayımı sağlanamadığından sürekli değişkenler medyan (25.-75. yüzdelik) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Sürekli değişkenler için gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile belirlendi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Hipotez testlerinde $p<0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışmanın verileri üzerinde gerçekleştirilen analizler sonucunda ortaya çıkan bulgular bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 1: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka sorularının betimleyici istatistikleri

	Medyan	Ortalama	Standart sapma	Toplam
Birinci basamak sağlık kuruluşlar farkındalığı	26,00	25,16	3,73	229
Vaka bilgilendirme	4,00	3,40	1,08	229

Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığına ilişkin ortalama puan 25,16, medyan değeri 26,00 ve standart sapması 3,73 olarak belirlenmiştir. Vaka bilgilendirme değişkeninde ise ortalama puan 3,40, medyan 4,00 ve standart sapma 1,08'dir.

Tablo 2: Kolmogrorov-Smirnov normallik testi

	Kolmogorov-Smirnov		
	St	df	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,108	229	0,000
Vaka bilgilendirme	0,216	229	0,000

Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre, hem birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı (p = 0,000) hem de vaka bilgilendirme (p = 0,000) değişkenleri için anlamlılık düzeyi 0,05'in altında bulunmuştur. Bu durum, her iki değişkenin dağılımının normalden sapma gösterdiğini, yani normal dağılmadığını ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda non-parametrik testler uygulanmıştır.

Tablo 3: Demografik bilgilerin yüzde frekansları

		Frekans	Yüzde	Toplam
Cinsiyet	Kadın	158	69,0	229
	Erkek	71	31,0	
Yaş	18-20	96	41,9	229
	21-23	116	50,7	
	24+	17	7,4	
Fakülte	1.Grup	114	49,8	229
	2.Grup	76	33,2	
	3.Grup	22	9,6	
	4.Grup	17	7,4	

Tablo 4: Demografik bilgilerin yüzde frekansları *(Devamı)*

Sınıf	Hazırlık	9	3,9	229
	1.Sınıf	35	15,3	
	2.Sınıf	60	26,2	
	3.Sınıf	51	22,3	
	4.Sınıf	74	32,3	
İkamet Durumu	Yurt	183	79,9	229
	Öğrenci Evi	31	13,5	
	Aile Evi	15	6,6	
Kronik Hastalığınız	Var	26	11,4	229
	Yok	203	88,6	
Düzenli kullandığınız ilaç var mı?	Var	41	17,9	229
	Yok	188	82,1	
Sağlık merkezleri ziyaret sıklığınız	Hiç	6	2,6	229
	Nadiren, yılda 1 kez	57	24,9	
	Ara sıra, yılda birkaç kez	138	60,3	
	Düzenli olarak, ayda bir veya daha sık	28	12,2	
Aile hekiminizden yararlanma sıklığınız?	Hiç	16	7,0	229
	Nadiren, yılda 1 kez	71	31,0	
	Ara sıra, yılda birkaç kez	121	52,8	
	Düzenli olarak, ayda bir veya daha sık	21	9,2	
Birinci derece akrabalarınızda sağlık çalışanı var mı?	Var	47	20,5	229
	Yok	182	79,5	

Toplamda 229 öğrencinin katıldığı çalışmada 158 (%69,0) kadın ve 71 (%31,0) erkek olup yaşlarına bakıldığında 18-20 yaş arasında 96 (%41,9), 21-23 yaş arasında 116 (50,7) ve 24 yaş ve üzerinde 17 (%7,4) kişi bulunmaktadır. Fakültelerine bakıldığında çok dağınık ve sayıca yetersiz olması kaynaklı kendi aralarında 4 grup yapılarak analiz edildi. 1. Grup fakülteler sosyal bilimler ve yönetim fakülteleri adı altında; Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İktisat Fakültesi, İletişim Fakültesi, İşletme Fakültesi ve Siyasal Bilimler Fakültesinden oluşmaktadır. 2. Grup fakülteler fen ve mühendislik fakülteleri başlığı altında; Fen-Edebiyat Fakültesi, Mühendislik Fakültesi ve Teknoloji Fakültelerini kapsamaktadır. 3.grupta sağlık bilimleri fakülteleri ve meslek yüksek okulları başlığı altında; Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okullarını içermektedir. Son grup olan 4. Grup ise uygulamalı bilimler ve diğerleri başlığı altında Denizcilik Fakültesi, Gökçelik MYO ve Spor Bilimleri Fakültesini içermektedir ve 229 öğrencimim 114 (%49,8) ü 1. Grup fakültelerde, 76(%33,2) sı 2. Grup fakültelerde, 22(%9,6) si 3. Grup fakültelerde ve son olarak 17(%7,4) si 4. Grup fakülteler

sınıflamasında yer almaktadır. Bu fakültelerdeki öğrencilerin 9(%3,9) u hazırlık, 35(%15,3) i 1.sınıf, 60(%26,2) ı 2.sınıf, 51(%22,3) i 3.sınıf, 74(%32,3) ü 4. Sınıf öğrencisidir. Bu öğrencilerin ikamet durumlarına bakıldığında yurtta kalanlar 183(%79,9), öğrenci evinde kalanlar 31(%13,5) aile evinde kalanlar 15(%6,6) kişidir. Mevcut sağlık durumlarına bakıldığında kronik hastalığı olanlar 26(%11,4), olmayanlar 203 (%88,6) kişidir. Düzenli ilaç kullanımı sorulduğunda ise düzenli ilaç kullananlar 41 (%17,9), kullanmayanlar ise 188(%82,1) şeklindedir. Sağlık merkezi ziyaret sıklıkları incelendiğinde hiç ziyarette bulunmayanlar 6(%2,6), nadiren, yılda 1 kez ziyaret edenler 57 (%24,9), ara sıra, yılda birkaç kez ziyaret edenler 138 (%60,3) ve düzenli olarak, ayda bir veya daha sık ziyaret edenler ise 28 (%12,2) şeklinde iken aile hekimliğinden yararlanma sıklığına bakıldığında; incelendiğinde hiç ziyarette bulunmayanlar 16(%7,0), nadiren, yılda 1 kez ziyaret edenler 71 (%31,0), ara sıra, yılda birkaç kez ziyaret edenler 121 (%52,8) ve düzenli olarak, ayda bir veya daha sık ziyaret edenler ise 21(%9,2) şeklinde olup benzer aralıklardadır. Yine birinci derece akrabalarında sağlık çalışanı olma durumuna bakıldığında var cevabını verenler 47 (%20,5) ve yok cevabını verenler 182 (%79,5) kişidir.

Tablo 5: Sağlık bilgisi tercihi yüzde frekansları

			Frekans	Yüzde	Toplam
Sağlık bilgisi kaynağı tercihiniz	Doktorlar ve Sağlık Personelleri	Evet	204	89,1	229
		Hayır	25	10,9	
	İnternet ve Sosyal Medya	Evet	57	24,9	
		Hayır	172	75,1	
	Aile ve Arkadaşlar	Evet	57	24,9	
		Hayır	172	75,1	
	Diğer	Evet	7	3,1	
		Hayır	222	96,9	

Sağlık bilgisi tercihlerine bakıldığında ise; 204 (%89,1) ünün tercihi doktorlar ve sağlık personelleri iken ,25 (%10,9) doktorlar ve sağlık personellerini seçmemiştir. Yine 229 kişinin 57 (%24,9) internet ve sosyal medyadan sağlık bilgisi edinirken 172 (75,1) sinin sağlık bilgisi tercihi internet ve sosyal medya değildir. Aile ve arkadaşlardan sağlık bilgisi alma tercihine bakıldığında ise 57 (%24,9)si tercih ederken, 172 (%75,1) hayır cevabını vermiştir. Diğer sağlık bilgisi kaynaklarını kullanan 7 (%3,1) kişi bulunmaktadır.

Tablo 6: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı yüzde frekansları

	Cevap	Frekans	Yüzde	Toplam
Sağlık kuruluşları kendi aralarında sınıflandırılarak birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak ayrılmaktadır.	Yanlış	7	3,1	229
	Doğru*	222	96,9	
Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde Aile sağlığı merkezleri yer almaktadır.	Yanlış	31	13,5	
	Doğru*	198	86,5	
Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde toplum sağlığı merkezleri yer almaktadır.	Yanlış	81	35,4	
	Doğru*	148	64,6	
Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde halk sağlığı laboratuvarları yer almaktadır.	Yanlış	136	59,4	
	Doğru*	93	40,6	
Devlet hastaneleri de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır.	Yanlış*	140	61,1	
	Doğru	89	38,9	
Birinci basamak sağlık kuruluşları içinde sağlıklı hayat merkezleri yer alır ve bu merkezler sağlığa yatırım yapmak fikriyle kurulmuşlardır.	Yanlış	89	38,9	
	Doğru*	140	61,1	
Aile hekimine sosyal sağlık güvencesi olmadan ücretsiz muayene olunabilir.	Yanlış	82	35,8	
	Doğru*	147	64,2	
Birinci basamak sağlık kuruluşlarının amacı öncelikle hastaların hasta olmalarının önüne geçmek olup sonrasında var olan hastalıkları erken teşhis etmektir.	Yanlış	21	9,2	
	Doğru*	208	90,8	
Aile hekimleri kendilerine kayıtlı bireylerin yılda en az bir kez periyodik muayene ile sağlık kayıtlarını güncellemelidir.	Yanlış	16	7,0	
	Doğru*	213	93,0	
Engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişiler için aile hekimleri kendisine kayıtlı olması durumunda bu kişilere evde sağlık hizmeti verir.	Yanlış	41	17,9	
	Doğru*	188	82,1	
Aile hekimi gebe kadınları rutin muayene ve tetkiklerle takip eder.	Yanlış	57	24,9	
	Doğru*	172	75,1	
Aile hekimi bebeklik ve çocukluk çağındaki aşıları ücretli yapar.	Yanlış*	40	17,5	
	Doğru	189	82,5	
Aile hekimi yenidoğan bebeklerin muayenesini ve tarama testlerini düzenli aralıklarla yapar.	Yanlış	33	14,4	
	Doğru*	196	85,6	
Aile sağlığı merkezleri ve KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim merkezi) kolon, rahim ağzı, meme kanseri açısından rutin kanser taraması yapar.	Yanlış	73	31,9	
	Doğru*	156	68,1	
Aile hekimi tüm kan tetkiklerini yapabilir.	Yanlış*	86	37,6	
	Doğru	143	62,4	
Aile hekimi olası travma durumlarında röntgen vb. görüntüleme yöntemleri ile tanı koyar.	Yanlış*	63	27,5	
	Doğru	166	72,5	
Aile hekimi ehliyet, evlilik, işe giriş ve yivsiz tüfek alabilmek için gerekli raporları düzenler.	Yanlış	46	20,1	
	Doğru*	183	79,9	
Toplum Sağlığı Merkezleri, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık ile ilgili risk ve sorunları belirler.	Yanlış	13	5,7	
	Doğru*	216	94,3	

Tablo 7: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı yüzde frekansları *(Devamı)*

Toplum Sağlığı Merkezleri aile sağlığı merkezlerinin hizmetlerini kontrol eder ve denetler.	Yanlış	33	14,4	229
	Doğru*	196	85,6	
Toplum Sağlığı Merkezleri koruyucu hekimlik ve sağlık yönetimi alanında sahada farklı görevler üstlenmektedir.	Yanlış	27	11,8	
	Doğru*	202	88,2	
Evde sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri içindedir.	Yanlış	50	21,8	
	Doğru*	179	78,2	
Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması Toplum Sağlığı Merkezleri görevleri arasındadır.	Yanlış	55	24,0	
	Doğru*	174	76,0	
Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi olan KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim merkezi) rahim ağzı kanseri erken tanısı için tarama yapar.	Yanlış	43	18,8	
	Doğru*	186	81,2	
Sigara ve madde bağımlılığı tedavisi için toplum sağlığı merkezlerin bünyesindeki madde ve tütün bağımlılığı polikliniklerinden yardım alınabilir.	Yanlış	34	14,8	
	Doğru*	195	85,2	
Toplum sağlığı merkezi çocukluk çağı aşılama programlarını düzenler ve okul çağı aşılama programları oluşturur.	Yanlış	34	14,8	
	Doğru*	195	85,2	
Hac ve umreye giden kişilerin salgın kontrolü için olan aşılarını yapmak toplum sağlığı merkezinin görevleri arasındadır.	Yanlış	54	23,6	
	Doğru*	175	76,4	
Toplum sağlığı merkezi verem tanısı alan hastaların tedavisinin gün gün takibini yaparlar.	Yanlış	99	43,2	
	Doğru*	130	56,8	
Toplum ruh sağlığı merkezleri ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmesi için destek programlarının ve tedavisinin izlendiği yerlerdir.	Yanlış	43	18,8	
	Doğru*	186	81,2	
Toplum sağlığı merkezi kadın ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında topluma yönelik eğitim programları planlar.	Yanlış	41	17,9	
	Doğru*	188	82,1	
Toplum sağlığı merkezleri İlk yardım bilinci oluşturmak için halka yönelik eğitim planlar.	Yanlış	25	10,9	
	Doğru*	204	89,1	
İçme ve kullanma sularının belirli aralıklarla kontrolünü sağlamak Toplum sağlığı merkezleri görevleri arasındadır.	Yanlış	85	37,1	
	Doğru*	144	62,9	
Toplum sağlığı merkezi yüzme amaçlı kullanılan deniz ve havuzlardan numune alarak uygunluklarını kontrol eder.	Yanlış	72	31,4	
	Doğru*	157	68,6	
Bölgedeki toplu yaşam alanları okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek Toplum sağlığı merkezi görevlerindendir.	Yanlış	44	19,2	
	Doğru*	185	80,8	

**Doğru yanıt*

Sorular değerlendirildiğinde, ‘Sağlık kuruluşları kendi aralarında sınıflandırılarak birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak ayrılmaktadır.’ sorusuna 222 (%96,9) doğru, 7 (%3,1) yanlış cevap verilmiştir. ‘Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde Aile sağlığı merkezleri yer almaktadır.’ sorusuna 198 (%86,5) doğru, 31 (%135,) yanlış cevaplanmıştır. ‘Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde toplum sağlığı merkezleri yer almaktadır.’ sorusuna 148 (%64,6) doğru, 81 (%35,4) yanlış cevaplanmış. ‘Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde halk sağlığı laboratuvarları yer almaktadır.’ sorusuna 93 (%40,6) doğru, 136 (%59,4) yanlış cevap verilmiştir. ‘Devlet hastaneleri de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır.’ sorusuna 89 (%38,9) doğru, 140 (%61,1) yanlış cevap verilmiştir. ‘Birinci basamak sağlık kuruluşları içinde sağlıklı hayat merkezleri yer alır ve bu merkezler sağlığa yatırım yapmak fikriyle kurulmuşlardır.’ sorusuna 140 kişi (%61,1) doğru, 89 kişi (%38,9) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimine sosyal sağlık güvencesi olmadan ücretsiz muayene olunabilir.’ sorusuna 147 kişi (%64,2) doğru, 82 kişi (%35,8) yanlış yanıt vermiştir. ‘Birinci basamak sağlık kuruluşlarının amacı öncelikle hastaların hasta olmalarının önüne geçmek olup sonrasında var olan hastalıkları erken teşhis etmektir.’ sorusuna 208 kişi (%90,8) doğru, 21 kişi (%9,2) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimleri kendilerine kayıtlı bireylerin yılda en az bir kez periyodik muayene ile sağlık kayıtlarını güncellemelidir.’ sorusuna 213 kişi (%93,0) doğru, 16 kişi (%7,0) yanlış yanıt vermiştir. ‘Engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişiler için aile hekimleri kendisine kayıtlı olması durumunda bu kişilere evde sağlık hizmeti verir.’ sorusuna 188 kişi (%82,1) doğru, 41 kişi (%17,9) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimi gebe kadınları rutin muayene ve tetkiklerle takip eder.’ sorusuna 172 kişi (%75,1) doğru, 57 kişi (%24,9) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimi bebeklik ve çocukluk çağındaki aşıları ücretli yapar.’ sorusuna 189 kişi (%82,5) doğru, 40 kişi (%17,5) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimi yenidoğan bebeklerin muayenesini ve tarama testlerini düzenli aralıklarla yapar.’ sorusuna 196 kişi (%85,6) doğru, 33 kişi (%14,4) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile Sağlığı Merkezleri ve KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) kolon, rahim ağzı, meme kanseri açısından rutin kanser taraması yapar.’ sorusuna 156 kişi (%68,1) doğru, 73 kişi (%31,9) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimi tüm kan tetkiklerini yapabilir.’ sorusuna 143 kişi (%62,4) doğru, 86 kişi (%37,6) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimi olası travma durumlarında röntgen vb. görüntüleme yöntemleri ile tanı koyar.’ sorusuna 166 kişi (%72,5) doğru, 63 kişi (%27,5) yanlış yanıt vermiştir. ‘Aile hekimi ehliyet, evlilik, işe giriş

ve yivsiz tüfek alabilmek için gerekli raporları düzenler.' sorusuna 183 kişi (%79,9) doğru, 46 kişi (%20,1) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezleri, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık ile ilgili risk ve sorunları belirler.' sorusuna 216 kişi (%94,3) doğru, 13 kişi (%5,7) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezleri Aile Sağlığı Merkezlerinin hizmetlerini kontrol eder ve denetler.' sorusuna 196 kişi (%85,6) doğru, 33 kişi (%14,4) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezleri koruyucu hekimlik ve sağlık yönetimi alanında sahada farklı görevler üstlenmektedir.' sorusuna 202 kişi (%88,2) doğru, 27 kişi (%11,8) yanlış yanıt vermiştir. 'Evde sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri içindedir.' sorusuna 179 kişi (%78,2) doğru, 50 kişi (%21,8) yanlış yanıt vermiştir. 'Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması Toplum Sağlığı Merkezleri görevleri arasındadır.' sorusuna 174 kişi (%76,0) doğru, 55 kişi (%24,0) yanlış yanıt vermiştir. 'Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi olan KETEM rahim ağzı kanseri erken tanısı için tarama yapar.' sorusuna 186 kişi (%81,2) doğru, 43 kişi (%18,8) yanlış yanıt vermiştir. 'Sigara ve madde bağımlılığı tedavisi için toplum sağlığı merkezlerinin bünyesindeki madde ve tütün bağımlılığı polikliniklerinden yardım alınabilir.' sorusuna 195 kişi (%85,2) doğru, 34 kişi (%14,8) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezi çocukluk çağı aşılama programlarını düzenler ve okul çağı aşılama programları oluşturur.' sorusuna 195 kişi (%85,2) doğru, 34 kişi (%14,8) yanlış yanıt vermiştir. 'Hac ve umreye giden kişilerin salgın kontrolü için olan aşılarını yapmak Toplum Sağlığı Merkezi'nin görevleri arasındadır.' sorusuna 175 kişi (%76,4) doğru, 54 kişi (%23,6) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezi verem tanısı alan hastaların tedavisinin gün gün takibini yapar.' sorusuna 130 kişi (%56,8) doğru, 99 kişi (%43,2) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmesi için destek programlarının ve tedavisinin izlendiği yerlerdir.' sorusuna 186 kişi (%81,2) doğru, 43 kişi (%18,8) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezi kadın ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında topluma yönelik eğitim programları planlar.' sorusuna 188 kişi (%82,1) doğru, 41 kişi (%17,9) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezleri ilk yardım bilinci oluşturmak için halka yönelik eğitim planlar.' sorusuna 204 kişi (%89,1) doğru, 25 kişi (%10,9) yanlış yanıt vermiştir. 'İçme ve kullanma sularının belirli aralıklarla kontrolünü sağlamak Toplum Sağlığı Merkezleri görevleri arasındadır.' sorusuna 144 kişi (%62,9) doğru, 85 kişi (%37,1) yanlış yanıt vermiştir. 'Toplum Sağlığı Merkezi yüzme amaçlı

kullanılan deniz ve havuzlardan numune alarak uygunluklarını kontrol eder.' sorusuna 157 kişi (%68,6) doğru, 72 kişi (%31,4) yanlış yanıt vermiştir. 'Bölgedeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek Toplum Sağlığı Merkezi görevlerindendir.' sorusuna 185 kişi (%80,8) doğru, 44 kişi (%19,2) yanlış yanıt vermiştir.

Tablo 8: Vaka bilgilendirme soruları yüzde frekansları

SORU-1		Frekans	Yüzde	Toplam
19 yaşındaki Mehmet, üniversite öğrencisi olup sosyal sağlık sigortası yoktur. Son birkaç gündür grip belirtileri yaşıyor: hafif ateş, öksürük, burun akıntısı ve halsizlik. Sigortası olmadığı için endişeleniyor, ancak sağlık hizmetine başvurmak istiyor. Mehmet bu durumda ücretsiz muayene olmak için nereye başvurabilir?	Aile sağlığı merkezi*	148*	64,6*	229
	Acil servis	49	21,4	
	Özel hastane	8	3,5	
	Eğitim ve araştırma hastanesi	7	3,1	
	Devlet hastanesi	17	7,4	

**Doğru yanıt*

'19 yaşındaki Mehmet, üniversite öğrencisi olup sosyal sağlık sigortası yoktur. Son birkaç gündür grip belirtileri yaşıyor: hafif ateş, öksürük, burun akıntısı ve halsizlik. Sigortası olmadığı için endişeleniyor, ancak sağlık hizmetine başvurmak istiyor. Mehmet bu durumda ücretsiz muayene olmak için nereye başvurabilir?' sorusuna cevap olarak aile sağlığı merkezi cevabı 148 (%64,6), acil servis cevabı 49 (%21,4) özel hastane 8 (%3,5) eğitim ve araştırma hastanesi 7 (%3,1), devlet hastanesi 17 (%7,4) cevapları verilmiştir. Bu sorunun doğru cevabı aile sağlığı merkezi olup 148 (%64,6) doğru yanıtlamıştır. Yanlış cevaplayanlar ise en yüksek oranda acil servis 49 (%21,4) cevabını vermiştir.

SORU-2		Frekans	Yüzde	Toplam
40 yaşındaki Ayşe diyabet tanısı ile insülin tedavisi almaktadır. Son birkaç aydır kan şekeri kontrolünde zorlanıyor ve açlık kan şekeri düzensiz seyrediyor. Ayşe, aynı zamanda birkaç kilo aldı ve yorgunluk hissediyor, ancak aktif bir rahatsızlığı yok. Ayşe'nin önce başvurması gereken yer neresi olmalıdır?	Aile sağlığı merkezi*	72*	31,4*	229
	Acil servis	18	7,9	
	Özel hastane	2	0,9	
	Eğitim ve araştırma hastanesi	56	24,5	
	Devlet hastanesi	81	35,4	

**Doğru yanıt*

‘40 yaşındaki Ayşe diyabet tanısı ile insülin tedavisi almaktadır. Son birkaç aydır kan şekeri kontrolünde zorlanıyor ve açlık kan şekeri düzensiz seyrediyor. Ayşe, aynı zamanda birkaç kilo aldı ve yorgunluk hissediyor, ancak aktif bir rahatsızlığı yok. Ayşe’nin önce başvurması gereken yer neresi olmalıdır?’ sorusuna aile sağlığı merkezi cevabı 72 (%31,4), acil servis cevabı 18 (%7,9) özel hastane 2 (%0,9) eğitim ve araştırma hastanesi 56 (%24,5), devlet hastanesi 81(%35,4) cevapları verilmiştir. Bu sorunun doğru cevabı aile sağlığı merkezi olup 72 (%31,4) doğru yanıtlamıştır. Yanlış cevaplayanlar ise en yüksek oranda devlet hastanesi 81 (%35,4) ve ardından eğitim araştırma hastanesi 56 (%24,5) şeklinde cevaplamışlardır.

SORU-3		Frekans	Yüzde	Toplam
17 yaşındaki Ali, üç gündür hafif ateş, burun akıntısı ve boğaz ağrısı yaşıyor. Kendini biraz yorgun hissediyor, ancak ciddi bir şikâyeti yok. Ali'nin başvurması gereken yer neresi olmalıdır?	Aile sağlığı merkezi*	184*	80,3*	229
	Acil servis	26	11,4	
	Özel hastane	0	0	
	Eğitim ve araştırma hastanesi	3	1,3	
	Devlet hastanesi	16	7,0	

**Doğru yanıt*

‘17 yaşındaki Ali, üç gündür hafif ateş, burun akıntısı ve boğaz ağrısı yaşıyor. Kendini biraz yorgun hissediyor, ancak ciddi bir şikâyeti yok. Ali'nin başvurması gereken yer neresi olmalıdır?’ sorusuna cevap olarak aile sağlığı merkezi cevabı 184 (%80,3), acil servis cevabı 26 (%11,4) özel hastane 0(%0) eğitim ve araştırma hastanesi 3 (%1,3), devlet hastanesi 16 (%7,0) cevapları verilmiştir. Bu sorunun doğru cevabı aile sağlığı merkezi olup 184 (%80,3) doğru yanıtlamıştır. Yanlış cevaplayanlar ise en yüksek oranda acil servis 26 (%11,4) cevabını vermiştir.

SORU-4		Frekans	Yüzde	Toplam
35 yaşındaki Elif'in akşam yemeği sonrası ani başlayan şiddetli baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri oldu. Gözlerinde de ani görme kaybı yaşadı ve başını hareket ettirdikçe ağrısı artıyor. Elif'in başvurması gereken yer neresi olmalıdır?	Aile sağlığı merkezi	12	5,2	229
	Acil servis*	194*	84,7*	
	Özel hastane	1	0,4	
	Eğitim ve araştırma hastanesi	13	5,7	
	Devlet hastanesi	9	3,9	

**Doğru yanıt*

'35 yaşındaki Elif'in akşam yemeği sonrası ani başlayan şiddetli baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri oldu. Gözlerinde de ani görme kaybı yaşadı ve başını hareket ettirdikçe ağrısı artıyor. Elif'in başvurması gereken yer neresi olmalıdır? 'sorusuna cevap olarak aile sağlığı merkezi cevabı 12 (%5,2), acil servis cevabı 194 (%84,7) özel hastane 1 (%0,4) eğitim ve araştırma hastanesi 13 (%5,7), devlet hastanesi 9 (%3,9) cevapları verilmiştir. Bu sorunun doğru cevabı acil servis olup 194 (%84,7) doğru yanıtlamıştır.

SORU-5		Frekans	Yüzde	Toplam
58 yaşındaki Ayşe, sabah evde aniden başlayan göğüs ağrısı hissetti. Ağrı, sol koluna yayılıyordu ve nefes almakta zorluk çekiyordu. Aynı zamanda aşırı terleme ve mide bulantısı yaşıyordu. Ayşe'nin başvurması gereken yer neresi olmalıdır?	Aile sağlığı merkezi	15	6,6	229
	Acil servis*	181*	79,0*	
	Özel hastane	5	2,2	
	Eğitim ve araştırma hastanesi	21	9,2	
	Devlet hastanesi	7	3,1	

**Doğru yanıt*

'58 yaşındaki Ayşe, sabah evde aniden başlayan göğüs ağrısı hissetti. Ağrı, sol koluna yayılıyordu ve nefes almakta zorluk çekiyordu. Aynı zamanda aşırı terleme ve mide bulantısı yaşıyordu. Ayşe'nin başvurması gereken yer neresi olmalıdır?' sorusuna cevap olarak aile sağlığı merkezi cevabı 15 (%6,6), acil servis cevabı 181 (%79,0) özel hastane 5 (%2,2) eğitim ve araştırma hastanesi 21 (%9,2), devlet hastanesi 7 (%3,1) cevapları verilmiştir. Bu sorunun doğru cevabı acil servis olup 181 (%79,0) doğru yanıtlamıştır.

Tablo 9: Cinsiyet değişkenine ilişkin Mann-Whitney U Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,085
Vaka bilgilendirme	0,061

Sig. (p) > ,05.

Cinsiyet değişkenine ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p > 0,05).

Tablo 10: Yaş değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,207
Vaka bilgilendirme	0,482

Sig. (p) > ,05.

Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre; Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı (p = 0,207) ve vaka bilgilendirme (p = 0,482) değişkenlerinde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0,05).

Tablo 11: Fakülte değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,100
Vaka bilgilendirme	0,132

Sig. (p) > ,05.

Fakülte değişkenine ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde fakülteler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p > 0,05).

Tablo 12: Sınıf değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,562
Vaka bilgilendirme	0,757

Sig. (p) > ,05.

Sınıf değişkenine ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p > 0,05).

Tablo 13: İkamet durumu değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,804
Vaka bilgilendirme	0,205

Sig. (p) > ,05.

İkamet durumu değişkenine ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde ikamet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p > 0,05).

Tablo 14: Kronik hastalığı olma durumu değişkenine ilişkin Mann-Whitney U Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,952
Vaka bilgilendirme	0,978

Sig. (p) > ,05.

Kronik hastalığı olma durumu değişkenine ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde kronik hastalığı olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p > 0,05).

Tablo 15: Düzenli ilaç kullanma durumu değişkenine ilişkin Mann-Whitney U Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,703
Vaka bilgilendirme	0,697

Sig. (p) > ,05.

Düzenli ilaç kullanma durumu değişkenine ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde düzenli ilaç kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p > 0,05).

Tablo 16: Sağlık merkezi ziyaret sıklığı değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,813
Vaka bilgilendirme	0,220

Sig. (p) > ,05.

Sağlık merkezi ziyaret sıklığı değişkenine ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme

değişkenlerinde sağlık merkezi ziyaret sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p > 0,05).

Tablo 17: Aile hekiminden yararlanma sıklığı değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,690
Vaka bilgilendirme	0,086

Sig. (p) > ,05.

Aile hekiminden yararlanma sıklığı değişkenine ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde aile hekiminden yararlanma sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p > 0,05).

Tablo 18: Birinci derece akrabalarda sağlık çalışanına sahip olma değişkenine ilişkin Kruskal-Wallis Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,097
Vaka bilgilendirme	0,510

Sig. (p) > ,05.

Birinci derece akrabalarda sağlık çalışanına sahip olma değişkenine ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde birinci derece akrabalarda sağlık çalışanına sahip olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p > 0,05).

Tablo 19: Sağlık bilgisi kaynağı tercihi doktorlar ve sağlık personelleri olma durumuna yönelik Mann-Whitney U Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	0,194
Vaka bilgilendirme	0,425

Sig. (p) > ,05.

Sağlık bilgisi kaynağı olarak doktorlar ve sağlık personellerini tercih etme durumuna ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde sağlık bilgisi kaynağı tercihi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p > 0,05).

Tablo 20: Sağlık bilgisi kaynağı tercihi internet ve sosyal medya olma durumuna yönelik Mann-Whitney U Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	**0,036***
Vaka bilgilendirme	**0,020***

Sig. (p) < ,05.

Sağlık bilgisi kaynağı olarak internet ve sosyal medyayı tercih etme durumuna ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde sağlık bilgisi kaynağı tercihi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p < 0,05).

Tablo 21: Sağlık bilgisi kaynağı tercihi aile ve arkadaşlar olma durumuna yönelik Mann-Whitney U Testi

	Sig.
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	**0,012***
Vaka bilgilendirme	**0,043***

Sig. (p) < ,05.

Sağlık bilgisi kaynağı olarak aile ve arkadaşları tercih etme durumuna ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde sağlık bilgisi kaynağı tercihi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p < 0,05).

Tablo 22: Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka soruları arasındaki ilişkiye yönelik Spearman's Testi

		Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	Vaka bilgilendirme
Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı	Correlation Coefficient	1,000	,174**
	Sig. (2-tailed)		**0,008**
	Toplam	229	229
Vaka bilgilendirme	Correlation Coefficient	,174**	1,000
	Sig. (2-tailed)	**0,008**	
	Toplam	229	229

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka bilgilendirme düzeyi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,01$) bir ilişki bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı arttıkça vaka bilgilendirme düzeyinin de arttığı görülmektedir. Elde edilen $r = 0,174$ değeri, bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, farkındalık düzeyi arttıkça vaka bilgilendirme eğiliminin de artabileceğini, ancak bu ilişkinin düşük kuvvette olduğunu ortaya koymaktadır.

5.TARTIŞMA

Günümüzde sağlık hizmetleri; birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşları şeklinde birbirinden ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi de bu sistem için merkezi konuma sahiptir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının ilk başvuru yeri olması, hasta ile uzun süreli bakımı gerektirmesi gibi özelliklerinden dolayı birinci basamak çalışanlarının yeterli donanıma sahip olmasının yanı sıra birinci basamak kullanıcılarının da yeterli bilgi düzeylerine sahip olması etkin bir birinci basamak kullanımını sağlamaktadır. Bu çalışmada çalışmaya katılanların sadece aile hekimlikleri açısından değil daha kapsamlı ve iç içe geçmiş olan birinci basamak sağlık hizmetleri açısından bilgi ve tutumları değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamında elde edilen bulgular, üniversite öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki bilgi düzeylerinin genel olarak yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%90'ın üzerinde), sağlık kuruluşlarının sınıflandırılması ve temel görevleri hakkında doğru bilgiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, sağlık sistemine dair temel bilgilere katılımcıların büyük ölçüde hâkim olduğunu ortaya koymakla birlikte, bazı kritik hizmet alanlarında bilgi eksikliklerinin sürdüğünü de göstermektedir.

Kocaeli Üniversitesi medikososyal tesisine başvuran üniversite öğrencilerine yapılan bu çalışmada; birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı medyan değeri 26,00 (25-28), vaka bilgilendirme sorularından ise 4 (3-4) puan alıp farkındalıklarının yüksek olduğu çıkarımında bulunulmuştur. Bu yüksek farkındalığı sebeplerinden birisi de verilen 33 soruluk birinci basamak sağlık kuruluşları anket cevaplarının doğru-yanlış olarak 2 şıktan oluşması olabilir. Katılımcıların dikkatini çekmek ve konuya odaklanmalarını sağlamak amacıyla "bilmiyorum" seçeneğine yer verilmemiştir.

Çalışmada elde edilen istatistiksel analiz sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinin birçok demografik ve bireysel faktörden bağımsız olduğunu göstermektedir. Cinsiyet, yaş, fakülte, sınıf, ikamet durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sağlık merkezi ziyaret sıklığı ve aile hekiminden yararlanma sıklığı ve birinci derece akrabalar arasında sağlık çalışanı olma durumu gibi değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu

durum, bireylerin sağlık okuryazarlığının ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığının bu değişkenlerden etkilenmediğini göstermektedir.

Ayrıca, sağlık bilgisi kaynağı tercihi önemli bir değişken olarak öne çıkmaktadır. İnternet ve sosyal medya aracılığıyla bilgi edinen bireyler ile aile ve arkadaşlarını sağlık bilgisi kaynağı olarak tercih edenler arasında birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ve vaka bilgilendirme değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlar, bireylerin sağlık bilgisine erişim yollarının, birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki farkındalıklarını etkileyebileceğini göstermektedir. İnternet ve sosyal medya, yaygın bilgi kaynakları olmakla birlikte, sağlık alanında doğruluğu tartışmalı içeriklere de ev sahipliği yapabilmektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının artırılması ve güvenilir sağlık bilgi kaynaklarının teşvik edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Çalışmada elde edilen bir diğer önemli bulgu, birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka bilgilendirme düzeyi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmasıdır ($r = 0,174$; $p < 0,01$). Bu bulgu, öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetleri konusundaki bilgi düzeyleri arttıkça, senaryo temelli vaka sorularına verdikleri yanıtların doğruluk oranının da yükseldiğini göstermektedir. Ancak korelasyon katsayısının düşük olması, bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğunu ve farkındalığın vaka bilgilendirme düzeyi üzerindeki etkisinin sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır. Bu durum, yalnızca bilgi düzeyinin değil, aynı zamanda karar verme becerisi, pratik deneyim ve sağlık okuryazarlığı gibi başka faktörlerin de sağlık hizmeti tercihlerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, farkındalık düzeyini artırmaya yönelik yapılan girişimlerin, vaka çözüm becerilerine dönük uygulamalı eğitimlerle desteklenmesi gerektiği söylenebilir.

Koçak 2022[66] de yapmış olduğu çalışmasında, aile hekimlerinin çevre sağlığı konularındaki sorumluluğu konusunda katılımcıların bilgi düzeyi düşük ve kararsızdır. "Fikrim yok" yanıtı verenlerin oranının %20,8 olması, bu konunun halk arasında yeterince netleşmediğini göstermektedir. Bizim çalışmamız da ise TSM'nin çevre sağlığı alanındaki sorumluluklarına dair farkındalık genel olarak daha yüksektir. Çoğu soruya verilen doğru yanıt oranları %60'ın üzerindedir ve özellikle toplu yaşam alanlarının hijyen değerlendirilmesi konusunda %80,8'lik doğruluk oranı dikkat çekicidir. Her iki çalışma da

sağlık hizmetlerinde kurumsal rollerin toplum tarafından nasıl algılandığını ortaya koymaktadır. Ancak belirgin bir fark göze çarpmaktadır Bu farklılık, sağlık kurumlarının görevlerinin toplum tarafından nasıl algılandığı konusunda önemli bir ipucu sunmaktadır. TSM'nin çevre sağlığıyla ilgili yetki ve sorumluluklarının daha net bilindiği, ancak aile hekimlerinin bu konudaki rolünün belirsiz olduğu görülmektedir. Bu durum, halk sağlığı hizmetleri konusunda daha kapsamlı bilgilendirme ve eğitim ihtiyacını ortaya koymaktadır.[66]

Kurt Canpolatın[67] 2017'deki çalışmasında, aile hekimlerinin kanser taramaları konusundaki bilgi düzeyinin %50'nin altında olduğu görülürken, bizim çalışmamızda toplumun %68,1'inin kanser taramalarının yapıldığına dair doğru bilgiye sahip olduğu, ancak %31,9'unun yanlış yanıt verdiği belirtilmiştir.

Bu veriler, aile hekimlerinin bilgi eksikliğinin toplumun farkındalığını da olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Aile hekimleri, kanser taramaları konusunda daha bilinçli olmalı ve hastalarını doğru yönlendirmelidir. Ayrıca, halkın sağlık okuryazarlığını artırmak için eğitim ve bilgilendirme çalışmaları güçlendirilmelidir. Böylece, kanser taramalarına katılım artırılarak erken teşhis oranları iyileştirilebilir.

Yine Kurt Canpolatın[67] çalışmasında, aile hekimlerinin temel görevleri toplum tarafından büyük ölçüde bilinmesine rağmen, verem hastalarına doğrudan gözetimli ilaç tedavisi uygulayabildiklerini bilme oranı %50'nin altındadır. Bizim çalışmamızda ise toplumun %56,8'i verem tedavi sürecini doğru bilirken, %43,2'si yanlış yanıt vermiştir.

Genel olarak, toplum aile hekimlerinin kronik hastalık izlemi, aşılar, gebe takibi gibi görevlerini yüksek oranda bilse de (%75-93), verem tedavisi gibi daha spesifik konularda farkındalık düşüktür. Bu durum, sağlık okuryazarlığını artıracak bilgilendirme çalışmalarının gerekliliğini göstermektedir.[67]

Toplumun aile hekimliği hizmetlerine ilişkin bilgi ve algı düzeyini değerlendiren iki farklı çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında, belirli hizmet alanlarında zaman içerisinde anlamlı farkındalık artışları olduğu gözlemlenmektedir. Özdemir'in (2020) çalışmasında katılımcıların %72,2'si aile hekimlerinin bağışıklama hizmeti sunduğunu belirtirken, bu oran bizim çalışmamızda %82,5'e yükselmiştir. Benzer şekilde, periyodik sağlık

muayeneleri konusunda bilgi düzeyi %18,9'dan %93,0'e ulaşmıştır. Bu bulgular, toplumun aile hekimlerinin sunduğu temel hizmetlere dair bilgi düzeyinde zamanla önemli bir artış olduğunu göstermektedir. Bu artışta COVID-19 pandemisi gibi küresel sağlık krizlerinin, bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik ilgisini artırarak bilgi edinme davranışlarını pekiştirdiği söylenebilir.

Sağlık raporlarının düzenlenmesi konusundaki bilgi düzeyi de dikkat çekici şekilde artmış; Özdemir'in çalışmasında %48 olan oran, bu çalışmada %79,9'a yükselmiştir. Söz konusu artışın; artan bilgilendirme faaliyetleri, aile hekimliği ile daha sık temas kurulması ya da sağlık raporlarına yönelik ihtiyaçların artması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Buna karşın, aile hekimlerinin görüntüleme tetkikleri yapıp yapmadığına dair toplumsal algı her iki çalışmada da benzer düzeyde kalmış ve bu konuda bilgi eksikliklerinin devam ettiği gözlemlenmiştir. Hâlâ bazı katılımcıların aile hekimlerinin doğrudan görüntüleme tetkikleri yapabildiğini düşünmesi, hizmet sınırları konusunda toplumun yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir.

Çalışmalar arasında gözlenen bu farklılıkların yalnızca zamanla artan farkındalıkla açıklanması yeterli değildir. Örneklem gruplarının demografik özellikleri, veri toplama yöntemlerindeki farklılıklar ve sosyo-kültürel faktörler de bu sonuçları etkileyebilir. Özellikle bizim çalışmamızın üniversite öğrencilerinden oluşması, yaş dağılımının genç bireylerden yana olması ve bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin sayıca az olması, kronik hastalığa sahip bireylerle olmayanlar arasında anlamlı bir fark gözlenmemesine neden olmuş olabilir.

Genel olarak, aile hekimliği hizmetlerine yönelik bilgi düzeyinin arttığı, ancak özellikle hizmet kapsamı ve yetki alanları konusunda hâlen açıklığa kavuşturulması gereken noktalar bulunduğu söylenebilir. Bu bağlamda, aile hekimliği hizmetlerinin kapsamını açıkça ortaya koyan kamu bilgilendirme kampanyalarına, eğitim programlarına ve medya destekli farkındalık çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür girişimler, bireylerin sağlık sisteminden daha doğru ve etkin yararlanmalarını sağlayarak, hizmetlerin etkinliğini ve verimliliğini artıracaktır.[17]

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçları, birinci basamak sağlık kuruluşları hakkındaki bilgi düzeyinin genel olarak yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%90'ın üzerinde) sağlık kuruluşlarının sınıflandırılmasını ve temel görevlerini doğru bilirken, aile hekimleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ile ilgili bazı konularda farkındalık eksiklikleri göze çarpmaktadır. Özellikle, halk sağlığı laboratuvarlarının birinci basamak içinde yer aldığı (%40,6 doğru), devlet hastanelerinin birinci basamak sağlık kuruluşu olup olmadığı (%38,9 doğru) gibi konularda yanlış bilgi oranları yüksektir. Ayrıca, TSM'lerin bulaşıcı hastalık kontrolü, verem hastalarının takibi ve içme-kullanma sularının denetimi gibi görevleri konusundaki bilinç düzeyi görece düşüktür. Bulgular, toplumun sağlık sistemine dair temel bilgilere büyük ölçüde hâkim olduğunu ancak bazı kritik hizmetler konusunda bilgi eksiklikleri yaşandığını göstermektedir. Özellikle; verem takibi, halk sağlığı laboratuvarlarının rolü ve TSM'lerin görev alanları gibi konularda farkındalığın artırılması gerekmektedir. Halk sağlığına yönelik eğitim programları ve bilgilendirme kampanyaları, yanlış bilgilerin düzeltilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını sağlamak adına önem taşımaktadır.

Çalışmamızın konusunu belirlerken ana amacımız sağlık kuruluşlarının etkin ve doğru kullanılmaması ve bu konuda bilgi eksikliği olup olmamasını test etmek amacıyla yola çıkılmıştır. Sağlık hizmetinin ilk basamağı olan birinci basamak faaliyetlerinin ve etkin kullanımın bilinmesi ile diğer basamaklardan hangi durumlarda hizmet alması gerektiklerinin ve bu kuruluşlarda gereksiz yığılmanın önüne geçilmesinin yanı sıra kendi mevcut sağlık durumlarını nasıl koruyacaklarını, sonrasında mevcut hastalıklar için nasıl erken tanı alacaklarını yani birinci basamak sağlık kuruluşlarını doğru ve etkin nasıl kullandıklarını tespit etmek amacıyla tez anketimiz hazırlanmıştır. Özellikle üniversite öğrencilerinin bu konudaki bilgileri ve farkındalıklarına bakmak istedik ki mevcut sisteme sağlık eğitiminin gerekliği açısından literatüre yardımı olabilsin.

Çalışmamızda elde edilen en önemli bulgulardan birisi olan sağlık bilgi tercihi internet ve sosyal medya tercih eden ve aile ve arkadaşları işaretleyen öğrencilerin bilgi düzeyi farkındalıkları diğer öğrencilerden anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bu da demek oluyor ki çağın gerekliği olan sosyal medya ve internetin etkisi sağlık eğitiminde önemli, bu

durumda bu platformlardan güvenilir bilgiye ulaşmak önemlidir. Bunun için gerekli olan temiz sağlık bilgi platformlarının tanıtımı yapılmalı ve ulaşılması kolaylaşmalıdır.

Örneklem olarak sadece Kocaeli Üniversitesi Medikososyal tesisine başvuran öğrencilerin üzerinde çalışılması çalışmanın kısıtlılıklarından birisidir. Bu durum örneklem boyutunun küçük olmasına ve aynı zamanda fakülteler arasındaki karşılaştırmanın kısıtlı olmasına sebep oldu. Aynı zamanda sağlık yardımını Medikososyal tesisten alan yani aile hekimini tercih eden öğrencilerin sağlık bilgisinin daha yüksek olması çalışmamızın sonucunun farkındalık düzeyinin yüksek olması ile ilişkisi olabilir. Aynı zamanda 33 soruluk birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığı sorularının sadece doğru/yanlış yanıtlarından ibaret olması ve önce doğru şıkkının yer alması bu konuda bilgisi olmayan öğrencilerin dahi doğru seçeneği işaretlemesi sonucu farkındalığın daha yüksek çıkmış olabileceği düşünüldüğünde diğer çalışmalardaki şıkların daha fazla seçenekten oluşması daha iyi olacaktır. Bu yaş grubundaki yaş ortalamasının 18-26 yaş aralığında olması da gruplama yapılmadan sadece yaş sorulmasının analizde daha doğru sonuçlar verebileceğini düşündürmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ilk başvuru ve sürekliliği sağlamak için toplumun mevcut hizmetler ve sistem işleyişi hakkında bilgilendirilmesi gereklidir. Özellikle hizmet modelinde kapsamlı bir değişiklik yapıldığında, topluma bilgi verilmesi büyük önem taşımaktadır.[47]

Birçok hastalık birinci basamakta tedavi edilebilirken, sağlık hizmetlerinin büyük bölümü ikinci basamak kuruluşlarda, ikinci basamak ücretleriyle sunulmaktadır. Bu durumun temel nedenleri; hastaların bilinçsiz sevk talepleri, donanım eksikliği nedeniyle birinci basamağa duyulan güvensizlik, hastane hekimlerinin yanlış yönlendirmeleri ve belirli ilaçların yalnızca uzman hekimlerce reçete edilmesine ilişkin düzenlemelerdir. Tüm bu etkenler, hastaların ikinci ve üçüncü basamağa yönlendirilerek tedavi maliyetlerinin yükselmesine yol açmaktadır.[49]

Acil servisler, diğer tıbbi uzmanlık dallarına kıyasla daha kapsamlı ve hızlı sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu servislerin, sosyal sigorta veya ödeme durumu gözetmeksizin, yılın her günü 24 saat boyunca her hastaya kapsamlı bakım sağlaması beklenmektedir. İdeal koşullarda her hastanın en kısa sürede değerlendirilip tedavi edilmesi amaçlansa da

hasta yoğunluğu, kaynak yetersizliği veya personel eksikliği gibi sebeplerle bu hedefe her zaman ulaşılamamaktadır.

Bu durum, triyaj sistemlerinin önemini artırmıştır. Triyaj uygulamasıyla hastalar ilk değerlendirmeye tabi tutulmakta ve "acil" ile "acil olmayan" olarak iki temel gruba ayrılmaktadır. Ülkemizde Acil Tıbbi Hizmetler Yönetmeliği'ne göre tüm özel hastanelerin acil servisleri ve kamu hastaneleri, istisnasız tüm acil hastaları kabul etmekle yükümlüdür. Acil tıbbi değerlendirme sonrasında her hastaya gerekli dikkat ve stabilizasyon sağlanmaya çalışılmaktadır.

Ancak ülke genelinde acil servislerin aşırı kalabalık ve uygunsuz kullanımına sıklıkla vurgu yapılmaktadır. Bu aşırı yoğunluk, personelin zaman kaybı ve dikkat dağınıklığına yol açarak gerçek acil hastaların bakımını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, kaynakların etkili kullanımı ve triyaj sisteminin başarılı uygulanması, acil hastalara ayrılması gereken zaman ve ilginin korunması açısından büyük önem taşımaktadır.[50]

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin genel kalitesinin iyileştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden elde edilen veriler, iyi yapılandırılmış birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha iyi sağlık sonuçları sağlamada etkili, maliyetleri düşürmede verimli ve sağlık hizmetlerine erişimde adil bir sistemin temelini oluşturduğunu göstermektedir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliğini çok boyutlu bir şekilde ölçmek ve değerlendirmek, güçlü ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır.[62]

Uluslararası araştırmalar, sürekli erişimin sağlandığı kapsayıcı birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem yetişkinlerde hem de bebeklerde mortalite oranlarının azalmasına katkı sağladığını göstermektedir.[59]

Aile hekimlerinin sunduğu hizmetlere yönelik farkındalığı artırmak için kamu spotları ve bilgilendirici broşürler hazırlanmalıdır.
Görüntüleme tetkikleri gibi yanlış algıya yol açan konular hakkında net bilgilendirme yapılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin doğru anlaşılması için halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetleri hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık uygulamalarını içeren, sağlık sisteminin temel yapı taşlarından biridir. Bu hizmetler bireylerin ilk başvuru noktası olup, toplum sağlığının korunmasında ve sağlık hizmetlerinin etkin yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Ancak, düşük sağlık okuryazarlığı ve bilgi eksikliği, bireylerin bu hizmetlerden yeterince yararlanamamasına neden olabilmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda üniversite öğrencilerinin sağlıkta basamaklandırma, birinci basamak sağlık kuruluşlarını hakkındaki bilgi düzey ve farkındalıkları belirmek amaçlanmış ve birinci basamak doğru kullanımını öğrenmek amacıyla anket soruları düzenlenerek veri toplanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu betimsel ve kesitsel çalışma, Aralık 2024–Ocak 2025 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Mediko-Sosyal Tesisi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 230 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Veriler, Google Formlar aracılığıyla hazırlanan ve demografik bilgiler ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığı ölçmeye yönelik üç ana bölümde toplam 49 sorudan oluşan bir anketle toplanmıştır. Bu sorular arasında demografik bilgiler, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve kronik hastalıklarla ilgili 11 soru bulunurken; geri kalan kısımda literatür taramasıyla oluşturulmuş, birinci basamak sağlık hizmetlerine dair farkındalık ölçmeye yönelik 33 iki seçenekli soru ile 5 vakaya dayalı, beş şıklı sorular yer alıyordu. Çalışmamıza toplamda 230 üniversite öğrencisi katıldı. İstatistiksel analizler IBM SPSS 29.0 programı kullanılarak yapılmış, normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Ki-kare ve Spearman korelasyon analizi) uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 229 üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalığına ilişkin ortalama puanı 25,16 (±3,73), vaka bilgilendirme ortalaması ise 3,40 (±1,08) olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda cinsiyet, yaş, sınıf, fakülte, ikamet durumu, kronik hastalık ve sağlık hizmeti kullanım sıklığı gibi demografik değişkenler ile farkındalık ve vaka bilgilendirme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın, sağlık bilgisi kaynağı olarak internet/sosyal medya ve aile/arkadaş tercih eden bireylerde farkındalık ve bilgilendirme düzeylerinde anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, birinci basamak

sağlık kuruluşları farkındalığı ile vaka bilgilendirme düzeyi arasında pozitif yönde zayıf ancak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0,174; p=0,008).

Sonuç: Araştırma bulguları, üniversite öğrencilerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarına ilişkin genel bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu ancak bazı kritik konularda farkındalık eksikliklerinin bulunduğunu göstermektedir. Özellikle halk sağlığı laboratuvarlarının yeri, devlet hastanelerinin konumu ve toplum sağlığı merkezlerinin görevlerine ilişkin bilgi düzeyi düşüktür. Ayrıca, sağlık bilgisi kaynağı olarak internet/sosyal medya ve aile/arkadaşları tercih eden öğrencilerde farkındalık düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, sağlık sisteminin etkin işleyişi ve gereksiz başvuruların önlenmesi için toplumun birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda doğru ve güvenilir kaynaklarla bilgilendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Birinci Basamak, Farkındalık, Tutum

ABSTRACT

Introduction and Aim: Primary health care services are one of the cornerstones of the health system, encompassing both curative and preventive health practices. These services are the first point of contact for individuals and play an important role in protecting public health and effectively managing health services. However, low health literacy and lack of information can prevent individuals from adequately benefiting from these services. In this context, our study aimed to determine university students' knowledge and awareness of healthcare cascading and primary healthcare institutions, and data was collected through survey questions designed to learn about the proper use of primary healthcare.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 230 university students who visited the Family Medicine Clinic at Kocaeli University Medical-Social Facility between December 2024 and January 2025. Data were collected using a survey consisting of 49 questions divided into three main sections, including demographic information and questions aimed at measuring awareness of primary healthcare services, prepared using Google Forms. Among these questions, 11 were related to demographic information, utilization of health services, and chronic diseases; the remaining section included 33 two-option questions and five case-based, five-option questions designed to measure awareness of primary healthcare services, which were developed through a literature review. A total of 230 university students participated in our study. Statistical analyses were performed using IBM SPSS 29.0 software. Since the assumption of normal distribution was not met, non-parametric tests (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Chi-square, and Spearman correlation analysis) were applied. The significance level was set at $p<0.05$.

Results: A total of 229 university students participated in the study. The average score for participants' awareness of primary healthcare institutions was 25.16 (±3.73), while the average score for case awareness was 3.40 (±1.08). The analyses revealed no statistically significant differences between demographic variables such as gender, age, class, faculty, residence status, chronic disease, and frequency of health service use and awareness and case awareness levels ($p>0.05$). However, significant differences were observed in awareness and information levels among individuals who preferred the internet/social media and family/friends as sources of health information ($p<0.05$). In addition, a weak but

statistically significant positive correlation was found between awareness of primary healthcare facilities and case awareness levels (r=0.174; p=0.008).

Conclusion: The research findings indicate that university students have a high level of general knowledge about primary healthcare facilities but lack awareness in some critical areas. In particular, their level of knowledge about the location of public health laboratories, the location of state hospitals, and the duties of community health centers is low. Furthermore, it was found that students who prefer the internet/social media and family/friends as sources of health information have a significantly higher level of awareness. In this context, it was concluded that the public needs to be informed about primary healthcare services through accurate and reliable sources to ensure the effective functioning of the healthcare system and prevent unnecessary visits.

Keywords: Healthcare Services, Primary Care, Awareness, Attitude

EKLER

1. Ek: Onam Formu ve Veri Toplama Formu

Üniversite Öğrencilerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Değerli katılımcı,
Sizi Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Duygu Barut Yaraş tarafından yürütülen "Üniversite Öğrencilerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi başlıklı çalışmaya katılmaya davet ediyoruz. Katılımınız için çok teşekkür ederiz. Bu çalışmanın amacı sizlerin sağlık sisteminden daha verimli şekilde yararlanmasını sağlamaktır. Veri toplama formu Sosyo-Demografik Özellikler ve birinci basamak sağlık kuruluşları farkındalık anket sorularından oluşmaktadır. Soruları tamamlamak yaklaşık 15 dakika sürecektir. Soruları tamamlayıp araştırmacıya ulaştırmak araştırmaya katılmaya onam verdiğiniz anlamına gelecektik Kimlik bilgilerinizin kullanmayacağı bu çalışmadan elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bireysel anket sonuçlarına yalnızca araştırmacılar ulaşacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi herhangi bir sebep göstermeksizin istediğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Soruları yanıtlayıp araştırmacıya teslim etmek çalışmaya katılmaya onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Soruları doğru yanıtlamanızın önemini hatırlatır tekrar teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa ve/veya sonucu hakkında bilgi edinmek isterseniz, aşağıdaki iletişim bilgileriyle bize ulaşabilirsiniz:
Araştırma ile ilgili soru ve katkılarınız için irtibat e-posta adresi: duygubarutt@gmail.com

Arş. Gör. Dr. Duygu BARUT YARAŞ
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Çalışmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum. ( ) Evet

Demografik Bilgiler	
Cinsiyetiniz	Kadın ( ) Erkek ( )
Yaşınız	18-20 Yaş ( ) 21-23 Yaş ( ) 24-26 Yaş ( ) 26 Yaş ve Üzeri ( )
Fakülteniz	
Sınıfınız	Hazırlık ( ) 1.sınıf ( ) 2.sınıf ( ) 3.Sınıf ( ) 4.Sınıf ( )
İkamet durumunuz	Yurt ( ) Öğrenci evi ( ) Aile evi ( )
Kronik hastalığınız var mı?	Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz ……
Düzenli kullandığınız ilaç var mı?	Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz ……
Sağlık merkezleri ziyaret sıklığınız	Hiç ( ) Nadiren, yılda bir kez ( ) Ara sıra, yılda birkaç kez ( ) Düzenli olarak, ayda bir veya daha sık ( )
Aile hekiminizden yararlanma sıklığınız	Hiç ( ) Nadiren, yılda bir kez ( ) Ara sıra, yılda birkaç kez ( ) Düzenli olarak, ayda bir veya daha sık ( )
Birinci derece akrabalarınızda sağlık çalışanı var mı?	Var ( ) Yok ( ) Varsa belirtiniz ……
Sağlık bilgisi kaynağı tercihiniz (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	Doktorlar ve sağlık personelleri ( ) İnternet ve sosyal medya ( ) Aile ve arkadaşlar ( ) Diğer( )

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Farkındalığı
Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için uygun seçeneği işaretleyiniz.

1	Sağlık kuruluşları kendi aralarında sınıflandırılarak birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak ayrılmaktadır.	**Doğru**	**Yanlış**
2	Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde Aile sağlığı merkezleri yer almaktadır.	**Doğru**	**Yanlış**

3	Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde toplum sağlığı merkezleri yer almaktadır.	**Doğru**	**Yanlış**
4	Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde halk sağlığı laboratuvarları yer almaktadır.	**Doğru**	**Yanlış**
5	Devlet hastaneleri de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır.	**Doğru**	**Yanlış**
6	Birinci basamak sağlık kuruluşları içinde sağlıklı hayat merkezleri yer alır ve bu merkezler sağlığa yatırım yapmak fikriyle kurulmuşlardır.	**Doğru**	**Yanlış**
7	Aile hekimine sosyal sağlık güvencesi olmadan ücretsiz muayene olunabilir.	**Doğru**	**Yanlış**
8	Birinci basamak sağlık kuruluşlarının amacı öncelikle hastaların hasta olmalarının önüne geçmek olup sonrasında var olan hastalıkları erken teşhis etmektir.	**Doğru**	**Yanlış**
9	Aile hekimleri kendilerine kayıtlı bireylerin yılda en az bir kez periyodik muayene ile sağlık kayıtlarını güncellemelidir.	**Doğru**	**Yanlış**
10	Engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişiler için aile hekimleri kendisine kayıtlı olması durumunda bu kişilere evde sağlık hizmeti verir	**Doğru**	**Yanlış**
11	Aile hekimi gebe kadınları rutin muayene ve tetkiklerle takip eder.	**Doğru**	**Yanlış**
12	Aile hekimi bebeklik ve çocukluk çağındaki aşıları ücretli yapar.	**Doğru**	**Yanlış**
13	Aile hekimi yenidoğan bebeklerin muayenesini ve tarama testlerini düzenli aralıklarla yapar.	**Doğru**	**Yanlış**
14	Aile sağlığı merkezleri ve KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim merkezi) kolon, rahim ağzı, meme kanseri açısından rutin kanser taraması yapar.	**Doğru**	**Yanlış**
15	Aile hekimi tüm kan tetkiklerini yapabilir.	**Doğru**	**Yanlış**
16	Aile hekimi olası travma durumlarında röntgen vb. görüntüleme yöntemleri ile tanı koyar.	**Doğru**	**Yanlış**
17	Aile hekimi ehliyet, evlilik, işe giriş ve yivsiz tüfek alabilmek için gerekli raporları düzenler.	**Doğru**	**Yanlış**
18	Toplum Sağlığı Merkezleri, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık ile ilgili risk ve sorunları belirler.	**Doğru**	**Yanlış**
19	Toplum Sağlığı Merkezleri aile sağlığı merkezlerinin hizmetlerini kontrol eder ve denetler.	**Doğru**	**Yanlış**
20	Toplum Sağlığı Merkezleri koruyucu hekimlik ve sağlık yönetimi alanında sahada farklı görevler üstlenmektedir.	**Doğru**	**Yanlış**
21	Evde sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri içindedir	**Doğru**	**Yanlış**
22	Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması Toplum Sağlığı Merkezleri görevleri arasındadır.	**Doğru**	**Yanlış**
23	Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi olan KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim merkezi) rahim ağzı kanseri erken tanısı için tarama yapar.	**Doğru**	**Yanlış**
24	Sigara ve madde bağımlılığı tedavisi için toplum sağlığı merkezlerin bünyesindeki madde ve tütün bağımlılığı polikliniklerinden yardım alınabilir.	**Doğru**	**Yanlış**
25	Toplum sağlığı merkezi çocukluk çağı aşılama programlarını düzenler ve okul çağı aşılama programları oluşturur.	**Doğru**	**Yanlış**
26	Hac ve umreye giden kişilerin salgın kontrolü için olan aşılarını yapmak toplum sağlığı merkezinin görevleri arasındadır.	**Doğru**	**Yanlış**
27	Toplum sağlığı merkezi verem tanısı alan hastaların tedavisinin gün gün takibini yaparlar.	**Doğru**	**Yanlış**
28	Toplum ruh sağlığı merkezleri ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmesi için destek programlarının ve tedavisinin izlendiği yerlerdir.	**Doğru**	**Yanlış**
29	Toplum sağlığı merkezi kadın ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında topluma yönelik eğitim programları planlar.	**Doğru**	**Yanlış**
30	Toplum sağlığı merkezleri İlk yardım bilinci oluşturmak için halka yönelik eğitim planlar.	**Doğru**	**Yanlış**
31	İçme ve kullanma sularının belirli aralıklarla kontrolünü sağlamak Toplum sağlığı merkezleri görevleri arasındadır.	**Doğru**	**Yanlış**
32	Toplum sağlığı merkezi yüzme amaçlı kullanılan deniz ve havuzlardan numune alarak uygunluklarını kontrol eder.	**Doğru**	**Yanlış**
33	Bölgedeki toplu yaşam alanları okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek Toplum sağlığı merkezi görevlerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**

31	İçme ve kullanma sularının belirli aralıklarla kontrolünü sağlamak Toplum sağlığı merkezleri görevleri arasındadır.	**Doğru**	**Yanlış**
32	Toplum sağlığı merkezi yüzme amaçlı kullanılan deniz ve havuzlardan numune alarak uygunluklarını kontrol eder.	**Doğru**	**Yanlış**
33	Bölgedeki toplu yaşam alanları okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek Toplum sağlığı merkezi görevlerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**

Vaka Bilgilendirme Soruları

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için uygun seçeneği işaretleyiniz.

1	19 yaşındaki Mehmet, üniversite öğrencisi olup sosyal sağlık sigortası yoktur. Son birkaç gündür grip belirtileri yaşıyor: hafif ateş, öksürük, burun akıntısı ve halsizlik. Sigortası olmadığı için endişeleniyor, ancak sağlık hizmetine başvurmak istiyor. Mehmet bu durumda ücretsiz muayene olmak için nereye başvurabilir? A) **Aile Sağlığı Merkezi** B) **Acil Servis** C) **Özel Hastane** D) **Eğitim ve Araştırma Hastanesi** E) **Devlet Hastanesi**
2	40 yaşındaki Ayşe diyabet tanısı ile insülin tedavisi almaktadır. Son birkaç aydır kan şekeri kontrolünde zorlanıyor ve açlık kan şekeri düzensiz seyrediyor. Ayşe, aynı zamanda birkaç kilo aldı ve yorgunluk hissediyor, ancak aktif bir rahatsızlığı yok. Ayşe'nin önce başvurması gereken yer neresi olmalıdır? A) **Aile Sağlığı Merkezi** B) **Acil Servis** C) **Özel Hastane** D) **Eğitim ve Araştırma Hastanesi** E) **Devlet Hastanesi**
3	17 yaşındaki Ali, üç gündür hafif ateş, burun akıntısı ve boğaz ağrısı yaşıyor. Kendini biraz yorgun hissediyor, ancak ciddi bir şikâyeti yok. Ali'nin başvurması gereken yer neresi olmalıdır? A) **Aile Sağlığı Merkezi** B) **Acil Servis** C) **Özel Hastane** D) **Eğitim ve Araştırma Hastanesi** E) **Devlet Hastanesi**
4	35 yaşındaki Elif'in akşam yemeği sonrası ani başlayan şiddetli baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri oldu. Gözlerinde de ani görme kaybı yaşadı ve başını hareket ettirdikçe ağrısı artıyor. Elif'in başvurması gereken yer neresi olmalıdır? A) **Aile Sağlığı Merkezi** B) **Acil Servis** C) **Özel Hastane** D) **Eğitim ve Araştırma Hastanesi** E) **Devlet Hastanesi**
5	58 yaşındaki Ayşe, sabah evde aniden başlayan göğüs ağrısı hissetti. Ağrı, sol koluna yayılıyordu ve nefes almakta zorluk çekiyordu. Aynı zamanda aşırı terleme ve mide bulantısı yaşıyordu.

	Ayşe'nin başvurması gereken yer neresi olmalıdır? A) **Aile Sağlığı Merkezi** B) **Acil Servis** C) **Özel Hastane** D) **Eğitim ve Araştırma Hastanesi** E) **Devlet Hastanesi**

KAYNAKÇA

1. Samancı VM. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve pandemi süreci. Konuralp Medical Journal. 2020;12(1):390-392.
2. Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Medical Journal. 2015;15(1):16-31.
3. Karataş GG, Eke E. Covid-19 salgınının birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimleri üzerine etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Dergisi. 2024;6(1):25-55.
4. Değer MS, Zoroğlu G. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükü ilişkisi. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences. 2021;26(1):108-117.
5. Cerrahoğlu A. Şehir hastaneleri ve birinci basamak. Journal of Turkish Family Physician. 2016;7(3):81-84.
6. Demirel Değirmenci S. Sağlık Hizmetlerinde Reform: Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Üzerine Bir İnceleme. Doktara tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2021.
7. Değer MS. Bingöl'de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktara Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2021.
8. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Published 1978. Erişim tarihi: Nisan 25, 2025. https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata
9. Yorulmaz R, Erdem R. Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. Ulus Sağlık Yönet Strateji Araştırma Dergisi. 2021;7(1):57-74. Erişim tarihi: Nisan 25, 2025. http://dergipark.gov.tr/usaysad
10. World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. Turkish ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 813; 2011. Translated with permission from World Health Organization.
11. Türkiye Cumhuriyeti. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun No. 224. Resmî Gazete. 12 Ocak 1961;10705:1486. Erişim tarihi: Nisan 25, 2025. https://www.resmigazete.gov.tr/
12. Naldöken N. Üniversite öğrencilerinin aile hekimliği uygulamasına ilişkin farkındalık düzeylerinin ve hizmetten yararlanma durumlarının belirlenmesi: Sivas

Cumhuriyet Üniversitesi örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2016.
13. Kandemir B. Edirne'de toplum sağlığı merkezlerinin personel ve işlev açısından değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2010.
14. Öztek Z, Üner S, Eren N. Sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi. In: Güler Ç, Akın L, ed. Halk Sağlığı: Temel Bilgiler. Vol 3. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012:1480-1512.
15. Keyder Ç, Üstündağ N, Ağartan T, Yoltar Ç. Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları; 2011.
16. Türkiye Cumhuriyeti. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete. 25 Ocak 2013;28539. 25, 2025.
17. Özdemir FN. Aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi ve farkındalığın kişilerin sağlık hizmeti alma tercihlerine olan etkisinin değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
18. Demir A. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi acil servis sağlık hizmetlerine başvuran hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi; 2022.
19. Solak F. Aile hekimliği uygulamasının değerlendirilmesi: Eskişehir ili örneği Yüksek Lisans Tezi. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi; 2010.
20. Akdur R. Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları. In: Erhan Ç, ed. Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2006:11-15.
21. Yılmaz E. Türkiye'de aile hekimliği sisteminin gelişimi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstinye Üniversitesi; 2023.
22. Bulut A. Elâzığ il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda memnuniyetin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Elâzığ: Fırat Üniversitesi; 2014.
23. Alu A. Sağlığın temel kavramları. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(2):32-41.
24. Çiftçi HI. Sağlık sistemi ve finansmanı: Türkiye ve çeşitli ülkeler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2011.

25. Tanyıldızı İ, Demir Ö. Sağlık kurumlarında yalın yönetim. Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2019;3(1):13.
26. Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete. 10 Şubat 2022; Sayı: 31746. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.htm
27. Coşgun S. İkinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmeti sunan kuruluşların (hastanelerin) verdikleri hizmetlere göre karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi; 2018.
28. Öç K. Tıp fakültesi öğrencilerinin aile hekimliğine yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2023.
29. Ak S. Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2021;20(1):28-36.
30. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1):48-57.
31. Altındağ Ö, Yıldız A. Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;10(1):157-184.
32. Boz S, Özsoy D. Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel perspektiften incelenmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2024;21(3):235-258.
33. Akman E, Tarım M. Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2020;6(2):303-316.
34. Ataç Ö, Sur H. Sağlık sistemleri-1: Almanya ve Birleşik Krallık. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2016;(40):60-65.
35. Çeçem KB, Üstü Y, Uğurlu M. Fransa'da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. Ankara Medical Journal. 2015;15(3):153-160.
36. Tümerkan Albayrak E, Birinci M. Sosyal devlet modelleri: sosyal demokrat model, İsveç-Norveç örneği. Journal of Social Work. 2017;1(1):64-100.
37. Çiftçi Hİ. Sağlık sistemi ve finansmanı: Türkiye ve çeşitli ülkeler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2011

38. Khagvaa U. OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
39. Üstünol D. Aile hekimliği kimliği ölçeği geliştirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir Hastanesi; 2019.
40. World Organization of Family Doctors (WONCA). About WONCA. Erişim tarihi Nisan 25, 2025. https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx
41. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P; WONCA Europe. Avrupa Aile Hekimliği Eğitimi için Standartlar. Prepared for WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine). 2002.
42. Saraçlı TS. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli değerlendirmesi: İzmir ili pilot uygulaması. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2010.
43. Demir LS, Durduran Y, Uyar M, Şahin TK. Toplum sağlığı merkezi mevzuatına bir bakış. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2017;3(2):73-80.
44. Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete. 5 Şubat 2015; Sayı: 29258. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
45. Gökler ME, Ünal E, Aydın R, Öztürk Emiral G, Metintaş S, Işıklı B, Önsüz MF. Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimlerinin gözüyle toplum sağlığı merkezlerinin genel özellikleri. Turkish Journal of Public Health. 2016;14(2):56-67.
46. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. 26 Ocak 2010.
47. Bilgili Aykut N, Akın A. Ankara'da bir üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin aile hekimliği uygulaması konusunda bilgi ve görüşleri. Sağlık ve Toplum. 2016;26(2):36-46.

48. İlgün G, Şahin B. Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(2):115-130.
49. Kitapçı H, Avcı S. Aile hekimliği uygulaması hakkında kişilerin bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve beklentilerinin tespit edilmesi. Sosyal Bilimler Dergisi. 2010;4(1):29-66.
50. Toksöz C, Ikizceli I, Koyuncu M, Biberoğlu S, Çakmak F, Öztürk D. Family practice awareness in patients applying to the emergency department and receiving a green triage code. Ankara Medical Journal. 2020;(2):416-425. doi:10.5505/amj.2020.75768
51. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(4):417-424.
52. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Hayat Merkezi Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2019.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile hekimliği uygulamalarında izleme ve değerlendirme kapasitesinin geliştirilmesi için merkez ve taşra teşkilatında çalışan personelin bilgi ve becerilerinin arttırılması projesi: izleme ve değerlendirme eğitimi rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019.
54. Us Ö. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2019.
55. Kantarcı Y. Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerine etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi örneği. Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2015.
56. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2010.
57. Özdemir Deniz P, Beşer E. Toplum sağlığı merkezlerine bütüncül yaklaşım. Sağlık ve Toplum. 2017;27(2):3-9.
58. Baran B. Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların aile hekimliği uzmanlığı ve hizmetleri hakkında bilgi, tutum, davranış ve farkındalık

düzeylerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Konya: Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği; 2021.
59. Karakoç FY. Aile hekimliğinin ikinci yılında Antalya ili Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2014.
60. Fevzi M, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27:412-418.
61. Lévesque JF, Haggerty J, Beninguissé G, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. BMC Family Practice. 2012;13:20. doi:10.1186/1471-2296-13-20
62. Tunç B, Eser E. Birinci basamak sağlık hizmet kapsayıcılığının değerlendirilmesine yönelik yeni bir ölçeğin geliştirilmesi ve ön geçerliliğinin değerlendirilmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(3):476-496.
63. Çiçeklioğlu M, Öcek Z, ed. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? 1st ed. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2013.
64. World Health Organization, Regional Office for Europe. Primary care evaluation tool. Copenhagen: World Health Organization; 2010. Erişim tarihi: Nisan 25, 2025. https://iris.who.int/handle/10665/374787
65. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, et al. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011;9(1):16-32.
66. Koçak AB. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin Türkiye'deki aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2022.
67. Kurt Canpolat E. Hastanemiz sağlık çalışanlarının aile hekimliği ile ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği; 2017

68. World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care; 2018. Erişim tarihi: Nisan, 2025. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61
69. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine – Revised 2023. Erişim tarihi: Nisan, 2025. https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023