



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN VE HİZMETTEN YARARLANMA
DURUMLARININ BELİRLENMESİ: SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**



Yüksek Lisans Tezi

Neriman NALDÖKEN

Sivas
Haziran 2016

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN VE HİZMETTEN YARARLANMA
DURUMLARININ BELİRLENMESİ: SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Neriman NALDÖKEN

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Naim KARAGÖZ

Sivas
Haziran 2016

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı
Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bilim Dalı
Tezin Başlığı : Üniversite Öğrencilerinin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ve Hizmetten Yararlanma Durumlarının Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği
Savunma Tarihi : 24.06.2016
Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Naim KARAGÖZ

Unvanı - Adı Soyadı

İmza

Jüri Başkanı : Doç.Dr. M. Sadık ÖNCÜL

Üye : Yrd.Doç.Dr. Naim KARAGÖZ

Üye : Doç.Dr. Selma ÇETİNKAYA

Oy Birliği ☒

Oy Çokluğu ☐

Neriman NALDÖKEN tarafından hazırlanan "Üniversite Öğrencilerinin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ve Hizmetten Yararlanma Durumlarının Belirlenmesi:Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği" başlıklı tez, kabul edilmiştir.
../..../.....

Prof. Dr. Metin BOZKUŞ
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

Neriman NALDÖKEN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
GİRİŞ.....	1
1. SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	3
1.1. Sağlığın Tanımı	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Önemi.....	6
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	9
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.4.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.4.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	14
1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	14
2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ	15
2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı ve Amaçları	15
2.2. Sağlık Sisteminin Alt Sistemleri	17
2.3. Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	17

	Sayfa
2.3.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	18
2.3.2. 1923 – 1937 Dönemi.....	18
2.3.3. 1938 – 1960 Dönemi.....	20
2.3.4. 1961 – 1980 Dönemi.....	20
2.3.5. 1981 – 2000 Dönemi.....	21
2.3.6. 2000 Yılı Sonrası Dönem.....	23
3. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ ve TÜRKİYE UYGULAMALARI	25
3.1. Aile Hekimliği Kavramı ve Özellikleri	25
3.2. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi	29
3.3. Türkiye’de Aile Hekimliği ve Uygulamaları	33
3.3.1. Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri ve Amaçları	36
3.3.2. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları.....	39
3.3.3. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu.....	41
3.3.4. Hekim Seçme ve Değişirme Özgürlüğü	43
3.3.5. Hizmet Sürekliliğinin Sağlanması	44
3.3.6. Çalışma Saatleri ve İzinler	45
3.3.7. Sevk Sistemi ve Geribildirim.....	46
3.3.8.Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları	47
4. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN ve HİZMETTEN YARARLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASI	51
4.1. Araştırmanın Amacı	51
4.2. Araştırmanın Önemi	51
4.3. Veri Toplama Aracı	52
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	52

	Sayfa
4.5. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	53
4.6. Araştırmanın Bulguları	53
4.6.1. Araştırmaya katılanların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular.....	54
4.6.2. Araştırmaya katılan öğrencilerin aile hekimliği hakkında bilgi düzeyleri, aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenlerine ilişkin bulgular	62
4.6.3. Kişisel özellikler ile aile hekimliği hakkında bilgi düzeyleri, aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki farklılığın analizine ilişkin bulgular	70
4.6.4. Aile hekimliği hakkında bilgi düzeyi ile aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki ilişkinin analizine ait bulgular	77
5. SONUÇ	79
KAYNAKÇA	83
EKLER.....	93
EK-1. Anket formu	95
ÖZGEÇMİŞ	97

TABLolar LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	54
Tablo 4.2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı	55
Tablo 4.3. Katılımcıların öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokula göre dağılımları	56
Tablo 4.4. Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıfa göre dağılımları.....	57
Tablo 4.5. Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları	58
Tablo 4.6. Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre dağılımları	59
Tablo 4.7. Katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre dağılımları	60
Tablo 4.8. Katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre dağılımları.....	61
Tablo 4.9. Katılımcıların hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre dağılımları	62
Tablo 4.10. Katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmelerine göre dağılımları.....	63
Tablo 4.11. Katılımcıların aile hekimliği sistemine hakkında bilgi edinme kaynaklarına göre dağılımları	64
Tablo 4.12. Katılımcıların aile hekimlerinin ismini bilmelerine göre dağılımları	64
Tablo 4.13 Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bilmelerine göre dağılımları	65
Tablo 4.14. Katılımcıların aile hekimlerini seçme/değiştirme hakları konusunda bilgi sahibi olup olmamalarına göre dağılımları.....	66
Tablo 4.15. Katılımcıların bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk olarak başvurdukları sağlık kurumuna göre dağılımları.....	67
Tablo 4.16. Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezine gitme sayılarına göre dağılımları	68
Tablo 4.17. Katılımcıların aile hekimine başvurma nedenlerine göre dağılımları	69

Tablo	Sayfa
Tablo 4.18. Katılımcıların bilgi düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin cinsiyete göre karşılaştırılması	71
Tablo 4.19. Katılımcıların bilgi düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması	72
Tablo 4.20. Katılımcıların bilgi düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin eğitim gördükleri fakültelere göre karşılaştırılması	73
Tablo 4.21. Katılımcıların bilgi düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin aylık gelirlerine göre karşılaştırılması	74
Tablo 4.22. Katılımcıların bilgi düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin ailelerinin sosyo-ekonomik durumlarına göre karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.23. Katılımcıların bilgi düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre karşılaştırılması	76
Tablo 4.24. Aile hekimliği hakkında bilgi düzeyi ile aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları.....	77
Tablo 4.25. Araştırma hipotezlerinin kabul/ret durumları	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım grafiği	54
Şekil 4.2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılım grafiği	55
Şekil 4.3. Katılımcıların öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokula göre dağılım grafiği... ..	56
Şekil 4.4. Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıfa göre dağılım grafiği.....	57
Şekil 4.5. Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılım grafiği.....	58
Şekil 4.6. Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre dağılım grafiği.....	59
Şekil 4.7. Katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre dağılım grafiği	60
Şekil 4.8. Katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre dağılım grafiği.....	61
Şekil 4.9. Katılımcıların hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre dağılım grafiği	62
Şekil 4.10. Katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmelerine göre dağılım grafiği	63
Şekil 4.11. Katılımcıların aile hekimliği sistemine hakkında bilgi edinme kaynaklarına göre dağılım grafiği	64
Şekil 4.12. Katılımcıların aile hekimlerinin ismini bilmelerine göre dağılım grafiği	65
Şekil 4.13. Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bilmelerine göre dağılım grafiği.....	66
Şekil 4.14. Katılımcıların aile hekimlerini seçme/değiştirme hakları konusunda bilgi sahibi olup olmamalarına göre dağılım grafiği.....	67
Şekil 4.15. Katılımcıların bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk olarak başvurdukları sağlık kurumuna göre dağılım grafiği.....	68
Şekil 4.16. Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezine gitme sayılarına göre dağılım grafiği.....	69
Şekil 4.17. Katılımcıların aile hekimine başvurma nedenlerine göre dağılım grafiği	70

ÖZET

Günümüzde gelişmekte olan birçok ülkenin sağlık sisteminde ciddi sorunlar vardır ve bu sorunlar giderek küresel bir boyut kazanmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış ve sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi olan “sağlığı korumak” arka plana itilmiştir. Ancak bir hastalığın bireyden ziyade geniş kitleleri etkiliyor olması ve bu durumun toplumsal anlamda gerileme oluşturuyor olması tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de gereken önemin verilmesinin gerekliliğinin anlaşılmasını sağlamıştır. Aile hekimleri hastalıkların tedavisini gerçekleştirmenin yanında koruyucu tedavi hizmetlerini de gerçekleştirir. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetebilir. Ayırt edici özelliklerinden birisi olan hastalarla sürekli iletişim ile hastaları hem daha yakından tanır hem de gerektiğinde onların savunma görevini üstlenir. Hastalık ve birey ayrımı gözetmeksizin eşitlik ilkesine dayalı olarak hizmet sunar. Türkiye’de, 09 Aralık 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun Resmi Gazetede yayımlanmasıyla aile hekimliği uygulamasının ilk adımları atılmıştır. Sağlık Bakanlığının son olarak 25 Mayıs 2010 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile 2010 yılının sonuna kadar bütün illerde aile hekimliği uygulamasına geçişin tamamlanacağı ifade edilmiş olup, 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla de ülkemizin tamamında sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamaktaki sağlığın geliştirilmesi, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun da yer aldığı diğer hizmetlerde Toplum Sağlığı Merkezlerinde verilmeye başlamıştır. Bu araştırmanın temel amacı, üniversite öğrencilerinin 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulamaya geçirilmiş olan Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek ve kullanım sıklıklarını ve hangi amaçlarla kullandıklarını belirleyebilmektir. Ayrıca çalışmada ankete katılan öğrencilerin Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki bilgi düzeyleri ve kullanımlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Araştırma Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören 436 öğrenci üzerinde yapılmış, verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15,0 istatistik programı ile farklı istatistik teknikler (Ki-kare, çapraz tablolar, Korelasyon) kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi düzeyi ile aile hekimine başvurma sayısı arasında orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği

ABSTRACT

In today's world, many developing countries are having serious problems with their health-care systems and these problems spread to universal scale. In many countries health-care services were regarded only as treatment of illnesses for many years, but one of the most important aspect of health-care system, "keeping people healthy" was underestimated. However, illnesses' affecting large groups of people instead of just individuals and causing social regression, made clear the importance of preventive health services along with traditional treatment. Family practitioners run preventive health services together with general treatment methods. They can manage both acute and chronic health issues of patients. By family practitioners' one distinctive characteristic, they keep in touch with the patients and know them well so the patients can be defended by the family practitioners when it is necessary. Family doctors care the patients indiscriminately and equally no matter who the patient is. With the promulgation of law 5258 in 09.12.2004, family practice system was given a start. With the promulgation of Family Practice Guide in 25.05.2010 it was aimed to activate family practice system in all Turkish cities by the end of the year and the transformation from health center system to family practice system was totally completed in 13.12.2010. With this new start, personal health care services, diagnosis, treatment and rehabilitation services were began to be given in Family Practice Centers; and coordination of other mass preventive health care was started to be run in Community Health Centers. In this study we aim to find out the awareness/knowledge level of the students on Family Practice system that was started in our country in 2010 and see how often and why they use the Family Practice Centers. On the other hand, another analysis is on participant students' knowledge level on Family Practice System and whether the access to the system differentiates to socio-demographic characteristics. 436 students from Cumhuriyet University participated to the study and survey method was used to collect the data. The gathered data was analyzed on SPSS 15,0 with different statistical methods (x-square, crosstabs, correlation). In the study, medium and positive correlation was found between the knowledge level of Family Practice system and the number of access to the system.

Keywords: Health Care Services, Preventive Health Care Services, Family Practice

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın giriş bölümünde sağlık, "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve toplumsal anlamda tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetleri bireyin yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır. Hizmet kapsamlılığı bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ilk amacında, bireylerin hastalıklara yakalanmamalarını, yani bireylerin hastalıklardan sakındırılması gerekmektedir. Bu da özellikle günümüzde birinci basamak aile hekimliğinde, bireylerin önemle hastalıklardan korunabilmeleri için bireylere hizmetler verilmektedir. Eğer ki yine de bireyler tüm çabalara karşı hastalanırlar ise, bireylerin hastalıklarının tedavilerinin yapılması ön plana çıkmaktadır. Çünkü bireyleri her türlü hastalıklardan korumak mümkün olmayabilir. Bunun için de ikinci amaç olarak adlandırılan, hastalıkların tanı ve tedavilerinin yapılmasıdır. Üçüncü amaç olarak da, sakat bireylerin başka bireylere bağlı kalmadan, yaşamlarını sürdürebilmek için, rehabilite etmek söz konusudur. Rehabilite etmek ise, bireylerin yaşama tutunabilmeleri için olması gereken bir sağlık hizmetidir. Kısacası bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler yer almaktadır. Kişilerin hastalanmaları kendi sorumluluğu altında olmadığı için, hastalandıkları zaman da bir yerlere ihtiyacı olmaktadır. Bu yerler sağlık hizmetleridir.

Günümüzde gelişmekte olan birçok ülkenin sağlık sisteminde ciddi sorunlar vardır ve bu sorunlar giderek küresel bir boyut kazanmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış ve sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi olan "sağlığı korumak" arka plana itilmiştir. Ancak bir hastalığın bireyden ziyade geniş kitleleri etkiliyor olması ve bu durumun toplumsal anlamda gerileme oluşturuyor olması tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de gereken önemin verilmesinin gerekliliğinin anlaşılmasını sağlamıştır. Genel olarak Aile Hekimliği kavramına bakıldığında akademik bir disiplin olmasının yanında, aynı zamanda uygulama özelliği ile; bireyi,

ailesi ve sosyal çevresi içerisinde biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak yani bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir. Birey merkezlidir, bireyleri anne karnından ölümüne dek takip eder, yani süreklilik özelliği vardır. Kişi merkezli bir yaklaşım geliştirdiği gibi rahatsızlıkları toplum bazında da ele alarak toplumun sağlığı için önemli sorumluluk üstlenir. Aynı zamanda hizmet yaptığı toplumu her yönüyle tanıyarak, aile, çevre ve iş ilişkileri ile bir bütün olarak ele alır. Dolayısıyla bütün bireylerin yaşama koşullarını, sağlık durumlarını en iyi bilen kişidir.

1983 yılından beri Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesine rağmen pek çok kişi, aile hekimliği ile Sağlık Bakanlığının, ilk olarak Düzce’de başlattığı aile hekimliği pilot uygulaması ile tanıştı. Aile hekimliği uygulaması, Dünya Bankası tarafından, Türkiye’ye Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin organizasyonunda bir seçenek olarak önerilmiş olup, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ve Dünya Bankasının desteğiyle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin, planlanması ve sunumuna yeni bir anlayış getirmiştir. İlk olarak 2005 yılında Düzce’de başlayan Aile Hekimliği pilot uygulaması 2010 yılı sonunda tüm ülke genelinde uygulanmaya başlanmış ve nüfusun tamamı bu sistem kapsamına alınmıştır.

Bu araştırmanın temel amacı, üniversite öğrencilerinin 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulamaya geçirilmiş olan Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki farkındalık düzeylerini ölçmek ve kullanım sıklıklarını ve hangi amaçlarla kullandıklarını belirleyebilmektir. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları tanımlanmış, sağlık hizmetlerinin sınıflandırmasından bahsedilmiştir. İkinci bölümde sağlık sistemleri ve alt sistemleri açıklanarak Türk Sağlık Sistemi’nin tarihsel değişimi ve gelişimine değinilmiştir. Üçüncü bölümde aile hekimliği sistemi ve Türkiye’deki uygulamaları ilgili literatür ve mevzuat çerçevesinde açıklanmaya çalışılmıştır. Dördüncü bölümde araştırmaya ilişkin geniş kapsamlı bilgiler ve yapılan araştırmanın analizi neticesinde elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise elde edilen sonuçlar açıklanmış, bu sonuçlardan yararlanılarak oluşturulan önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Bu bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri tanımlanacak, sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanacak ve sağlık hizmetlerinin sınıflandırması yapılacaktır. Sağlık hizmetlerini genel anlamda incelemeden önce sağlık ve hastalığın tanımlarının ve bunların birbirinden farklı olduklarının belirtilmesi gerekmektedir.

1.1. Sağlığın Tanımı

İnsan, ruh ve beden bütünlüğü içerisinde muhteşem bir sistem çerçevesinde donatılmış özel bir varlıktır. İnsanın varoluşunun ve hayatta kalabilmesinin temel koşulu, ruh ve beden bütünlüğünün bozulmamasıdır. İnsanoğlunun varoluşundan bugüne kadar öncelikli amacının hayatta kalabilmek ve sağlığını koruyabilmek olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu çerçevede gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı, fiziksel devamı sağlamak üzerine şekillenmiştir. İnsan için öncelikli öneme sahip olan “beden sağlığı” zamanla birçok faktörün etkisiyle yeniden şekillenerek “ruh ve beden sağlığı” şeklinde bir bütün olarak ele alınmaya başlanmıştır (Söyleyici, 2010: 8).

Sağlık ve hastalık kavramları her ne kadar birbirinin karşıtı biçiminde görünmesine karşın, sağlık teriminin tanımlanması genellikle hastalık kavramı üzerinden yapılmaya çalışılmıştır. Çünkü bir şeyin tam olarak anlaşılması, karşıtının en güzel biçimde tanımlanmasına bağlıdır. Bu sebeple sağlık ve hastalık iç içe geçmiş, birbirine bağımlı kavramlar olarak göze çarpmaktadır.

Hastalık kavramının birçok açıdan göreceli biçimde tanımlanması söz konusu olabilir. “Sağlıktan basit yakınma ve sağlıktan sapma halleri”, hekimlere göre hastalık olarak tanımlanırken; kişiler, “kendilerini rahatsız etmeyen yakınmaları” hastalık olarak kabul etmemektedir. Benzer biçimde, sağlık kavramına ilişkin üzerinde her kesimin uzlaşabileceği ortak bir kavramsallaştırma yapmak oldukça basit görünmesine karşın, literatürde üzerinde tüm kesimlerce uzlaş sağlanmış bir hastalık kavramına rastlanmamaktadır (Tatar ve Tatar, 1998: 11).

Hastalık kavramına ilişkin değişik tanımlarla karşılaşılabilmektedir. Hastalık; “tıbben bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması hali” olarak ifade edilmektedir (Gerek, 2004: 156). Yalın biçimi ile hastalık, sağlık durumundan çeşitli nedenlerle sapma olarak tanımlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ) hastalığı, “organizmanın yaralanması veya çeşitli nedenlerle hemostatik dengenin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durum” olarak tanımlamıştır (Bostan, 2006: 20). Diğer bir tanıma göre de hastalık, “farklı etmenler nedeniyle organ ve sistemlerin görev yapamaz duruma gelmesi” şeklinde yorumlanmıştır (Hayran, 1998: 1).

Bu çerçevede sağlık kavramı, geleneksel olarak hastalığın olmayışı biçiminde algılanmış ve bu çerçevede yorumlandığı görölmektedir. Medikal çevrelerin hastalık kavramından bağımsız bir sağlık tanımı geliştirememiş olmasının da, sağlık kavramının, hastalığa bağlı olarak değerlendirilmesi sürecinde etkisi olmuştur (Akdur, 2006: 17).

Günümüz insanı için sağlık, sosyal gelişmenin bir öğesi olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple, artık sağlıklı olmak, dar anlamı ile sadece sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi anlamına gelmemektedir. İnsanların tükettikleri gıdanın sağlıklı ve güvenli olması, piyasada yer alan ürünlerin ve hizmetlerin üst düzeyde sağlık ve güvenlik ölçütlerini sağlaması, çocuklarının ve kendilerinin sağlıklı bir çevrede yaşamlarını sürdürmesi, işyerlerinde güvenlik ve temizlik sağlanması ve hatta yolculukları sırasında üst düzey bir sağlık yardımı almaları ve danışma hizmetlerinden yararlanabilmeleri de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

İnsanlar için sağlık öncelikli bir konudur ve bir insanın ne kadar uzun ya da ne kadar sağlıklı yaşayacağı gibi hayati sorular içermektedir. Bireylerin genetik mirası, yaşam ve beslenme koşulları, içinde bulundukları sosyo-ekonomik şartlar ve benzeri koşullar sağlıklı olma durumları üzerinde temel bir rol oynar.

Sağlık kavramın Türkçe tam karşılığı “sıhhat, esenlik” veya benzer olarak, “sağaltma, sağaltım” kelimeleri olmakla beraber sağlık kavramı, “ölü olmamak” anlamındaki “sağ” kökünden türetilen bir kavram olarak da kullanılmaktadır. Sağlık kavramı yaygın olarak, “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik” anlamında ifade edilmektedir (TDK, 2005: 549). Kaldı ki, en geniş anlamda da

sağlık, hastalık veya sakatlık halinin olmaması olarak tanımlanmaktadır (Öztek, 2001: 294). Ancak sağlık genellikle hastalığın tersi olarak kabul edilse de, “sağlık” kavramının “hastalık” kavramına bağımlı olarak tanımlanmasının yetersiz olduğu ve günümüzde sağlık kavramının daha geniş bir çerçevede algılandığı görülmektedir (Aksoy, 2001: 1804). Hastalık tanımı da sağlık tanımı gibi belirsizlikler içermektedir.

Bir yandan insanın yaşam koşulları, temizlik, beslenme, ekonomik refah, eğitim ve hatta içinde bulunulan yönetim biçimi insan sağlığını doğrudan etkilerken, bir yandan da insanın kendini sağlıklı ya da sağlıksız olarak algılamasına yol açan sübjektif değerlendirmeler sağlık tanımında önem taşımaktadır (<http://enfal.de>, Erişim: 28.03.2016). Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nın giriş bölümünde sağlık, “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve toplumsal anlamda tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (Ak, 1990: 16). Şu halde, sağlık kavramı organizmanın iyi işlemesi ve çevreye uyumunu, aynı zamanda insanın fiziki güçlülere karşı koyabilme yeteneği yanında ruhsal, zihinsel ve toplumsal uyumluluk işlevlerini de içeren bir kavram olarak tanımlanabilir (Sözer, 1981: 6).

Türk sağlık mevzuatında ise yukarıda geçen tanımlamalara da uygun olarak sağlık kavramının, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 2. maddesinde tanımlandığı görülmektedir. Buna göre, sağlık; “yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” (12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete).

Dünya Sağlık Örgütü tanımında, fiziksel ve zihinsel tam iyilik durumu yanında, toplumsal yönden iyilik durumu da vurgulanmaktadır. Çünkü kişinin sosyal ve ekonomik durumu sağlamlık ve hastalık durumları ile yakından ilgilidir. Birçok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, kötü beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler sayılabilir. Söz konusu olumsuz faktörlerin kişilerin ve toplumun sağlığı üzerinde yapabileceği etkileri ortadan kaldırmaya çalışmak ise her hekimin ve sağlık çalışanının görevleri arasında kabul edilmelidir (Öztek, 2001: 294).

Literatür incelendiğinde bazı faktörlerin sağlık durumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Sağlığın belirleyicisi olarak belirtilen bu faktörler beş temel etmene bağlı olarak iç içe daireler biçiminde değerlendirilmektedir. Dairelerin merkezinde önemli oldukları kabul edilen ve değiştirilemeyeceği belirtilen kişisel özellikleri (yaş,

cinsiyet, genetik vb.) ile birey yer almaktadır. Bireyi, sırasıyla bireyin yaşam tarzı, sosyal ve toplumsal etkiler, yaşam ve çalışma koşulları (yaşam, çalışma, eğitim, sağlık vb.) ile genel sosyo–ekonomik ve kültürel çevre koşulları çevrelemektedir (Figueras vd., 2004: 136-137).

Sağlığın göstergesi olarak değerlendirilen bu faktörler, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altında bulunmaktadır (Kısa, 2002: 2). Sağlığın çok yönlü olan bu etkileşiminde, kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak için yapılacak hizmetlerin ve verilecek politik kararların çok yönlü olma gerekliliği (veya zorunluluğu) ortaya çıkmaktadır (Dirican, 1997: 57). Hâlbuki sağlık alanında mükemmel bir sistemin oluşturulabilirliği sorunsaldır. Çünkü sağlığı belirleyen etmenler arasında yer alan; hizmet anlayışı, talepler, hasta ihtiyaçları ve verilen sağlık hizmetleri; zamana, mekâna, bireye ya da hayat standartlarına göre değişim göstermektedir (Sezen, 2006: 28).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı Ve Önemi

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34).

Bir başka tanıma göre, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, muayene ve tedavi edilmesi bedensel, ruhsal yetenekleri azalanların kendi kendilerine yeterli hale getirilmesi için gösterilen tıbbi çabaların tümüne Sağlık Hizmetleri” denmektedir (Fişek, 1983: 4). Tedavi, koruma veya beslenme biçiminde olsun tüm sağlık hizmetlerinin nihai hedefi insandır. Bütün yatırımlar, doğrudan doğruya veya dolaylı olarak “insan” için yapılır. İnsanların mutluluğunun asıl kaynağı ise, her şeyden önce sağlıktır.

Sağlık hizmetleri, “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü” olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmeti sistemi ise “belirli bir ülkede ya da bölgede sağlık hizmetlerinin geçerli sistematik sunulma modeli” olarak tanımlanabilir (Akdur, 1999:5). Başka bir deyişle sağlık hizmeti sistemi; bir toplumun genel kaynaklarını toplumun sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan özel hizmetlere dönüştüren mekanizmadır (Şişman, 2010: 25).

Ülkenin kalkınmışlık derecesini belirleyen önemli veriler yer almaktadır. Bu veriler ise sağlık düzeyi ile ilgili olan verilerdir. Çünkü ülkenin kalkınmışlık derecesini arttırmak için sağlık ön plana çıkmaktadır (Orhaner, 2006: 3). Sağlığın bir alt unsuru sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetleri sağlık kurumlarında yer almaktadır. Sağlıklı birey ve toplum için sağlık hizmetleri olması gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin amacı da sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı toplum oluşturabilmektir. Ülkenin kalkınmışlık derecesini arttırmak için de sağlık hizmetlerini geliştirmek gerekmektedir. Bakıldığında sağlık, sağlık hizmetleri ile birlikte öne çıkmaktadır. Bunun için de sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ilk amacında, bireylerin hastalıklara yakalanmamalarını, yani bireylerin hastalıklardan sakındırılması gerekmektedir. Bu da özellikle günümüzde birinci basamak aile hekimliğinde, bireylerin önemle hastalıklardan korunabilmeleri için bireylere hizmetler verilmektedir. Eğer ki yine de bireyler tüm çabalara karşı hastalanırlar ise, bireylerin hastalıklarının tedavilerinin yapılması ön plana çıkmaktadır. Çünkü bireyleri her türlü hastalıklardan korumak mümkün olmayabilir. Bunun için de ikinci amaç olarak adlandırılan, hastalıkların tanı ve tedavilerinin yapılmasıdır. Üçüncü amaç olarak da, sakat bireylerin başka bireylere bağlı kalmadan, yaşamlarını sürdürebilmek için, rehabilite etmek söz konusudur. Rehabilite etmek ise, bireylerin yaşama tutunabilmeleri için olması gereken bir sağlık hizmetidir (Moran, 2008: 1). Kısacası bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler yer almaktadır. Kişilerin hastalanmaları kendi sorumluluğu altında olmadığı için, hastalandıkları zaman da bir yerlere ihtiyacı olmaktadır. Bu yerler sağlık hizmetleridir.

Sözen de, sağlık hizmetlerini çağdaş düşünceye göre şöyle belirtmektedir. “Sağlık hizmetleri bir bütündür ve devletin görevidir. Her birey doğumundan ölümüne kadar sağlık açısından kontrol edilmeli, hasta olmaması için, sağlıklı uzun bir hayat yaşaması için zamanında tedavi edilmeli ve rehabilitasyonu tek elden yürütülmelidir. Sosyal hekimlik de denilen bu görüşe göre, İnsan Hakları Bildirgesi’nde yer alan herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşması ve uzun bir hayat sürmesi ilkesine de ancak bu yolla varılabilir (Sözen, 1997: 79).” Görüldüğü üzere, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bir bütünlük içerisinde. Sağlıklı bir birey koruyucu sağlık hizmetleri ile korunmaktadır, hastalandığında ise tedavi edilmektedir, olmadı özür kaldı ise, rehabilite edilmelidir. Kurumlarda verilen

sağlık hizmetlerini bireylerin mutlu bir yaşam sürmeleri için daima ileriye taşımak gerekmektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran kendine has bazı spesifik özellikleri mevcuttur. Bunlar:

- Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özelliği: Sağlık hizmetleri sağlıkla doğrudan, dolaylı veya uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri; temel, koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan asıl sağlık hizmetlerini / ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütündür (Sargutan, 1993: 13).

- Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması: Sağlık hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi için gerekli olduğundan tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Dolayısıyla sosyal bir devlet olmanın gereği sağlık hizmetleri serbest piyasa işleyişine bırakılmayıp devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir (Turan, 2004: 8).

- Sağlık Hizmetlerinin Temel İhtiyaç Olmama Özelliği: Temel ihtiyaçlar insanlar için her zaman vazgeçilemez ve ertelenemez bir nitelik taşırlar. Her zaman temel ve vazgeçilmez bir hak ve bazen hayati ve zaruri bir ihtiyaç olmasına rağmen genel kategorik sınıflandırmada sağlık, temel ihtiyaçlardan birisi değildir. Ancak sağlık ihtiyacının temel ihtiyaç olmama özelliği hiçbir zaman onun önemsiz ve göz ardı edilebilecek bir hizmet olduğu anlamına gelmez, aksine, sağlık bütün sektörlerle dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.

- Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetleri talebini ortaya çıkaran hastalık durumunun ne zaman, nerede, nasıl ortaya çıkacağına belli olmaması sağlık hizmetleri talep ve tüketiminde belirsizliğe yol açmaktadır.

- Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği Özelliği: Sağlık hizmetlerinin temel ihtiyaçlar içerisinde yer almaması, ertelenebilme özelliğinin olması sağlık hizmetlerine büyük bir talep esnekliği sağlamaktadır. Sağlıklarını önemsemeyenler

temel ihtiyaç olmama ve talep esnekliğinden yararlanarak sağlık hizmeti taleplerini acil bir durum oluncaya kadar erteleyebilirler. Sağlık hizmetleri fiyatındaki artış hizmetlere olan ihtiyacı dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi, fiyatlardaki düşüşte talepte artış meydana getirmez.

- **Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği:** Sağlık hizmeti ihtiyacı çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Hastalık her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için herhangi bir üründe olduğu gibi sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti bireye, hekime, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin niteliğine, şartlara vb. çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.

- **Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması:** Mal ve hizmetlerdeki ikame özelliği yani birinin sağlayacağı faydanın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifi oluşturduğundan oldukça önemli bir özelliktir. Ancak herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir tür sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Hastanın kendisine önerilen bir tedavi yöntemini kabul etmeyip hastalığı kendi haline bırakması ya da tedavi için yapılması şart olan bir ameliyat pahalı diye farklı bir tedavinin uygulanması gibi bir durum söz konusu değildir (Tokat, 1996: 3).

- **Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı Olması:** İnsan sağlığına parasal bir değer biçilememesi sağlık hizmetlerinin kar amacından ziyade sosyal amaçlı sunulması gereğini doğurmuştur.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bireyin yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır. Genel olarak hizmet kapsamlılığı bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır (İnce, 2013:13). Akbolat (2013) ise bu sağlık hizmetlerine Sağlığın geliştirilmesini ekleyerek sağlık hizmetlerini dört başlık altında toplamaktadır.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerine bakıldığında, hastalıkların olmaması için bireylere uygulanan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri adı üstünde sağlığın korunması demektir. Sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin sağlık hizmetlerine bağlı olduğu sürekli söylenmektedir (Ateş, 2015: 8).

1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik uygulanmakta olan hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin içerisinde önemli yer taşımaktadır. Burada sağlık hizmetleri kişiye değil çevreye yöneliktir. Çevre de, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin olmasıyla birlikte sağlık düzeyi yükselmektedir.

Çevredeki negatif fiziksel, kimyasal ve biyolojik yönden etkili faktörler sağlığa zarar vermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini içeren çevreye yönelik hizmetlerdeki amaç da, vatandaşın sağlığını korumak için, çevredeki negatif faktörlerden vatandaşın etkilenmesini önlemektir. Bunun için, suların, vektörlerin ve gıdaların kontrollerinin sağlanması, atık maddelerin etkisizleştirilmesi, kısacası çevre kirliliğini önlemek gibi hizmetler sağlanmaktadır. Bu uygulanan hizmetlerde ise; tüm toplumun sağlığını korumak adına, sağlık kesimi ve diğer kesimler arasında da işbirliği içerisinde olunabilmektedir (Bilir vd., 1996: 3).

1.4.1.2. Kişiyne Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik uygulanmakta olan bu koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, doğrudan kişilere verilen hizmetlerdir. Kişiyne yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarında hastalıklardan korunmaları ya da bireyler hastalandığı zaman erken tedavileri için erken tanının konulmasını sağlayan, profesyonel sağlık personelleri tarafından verilen sağlık hizmetleridir. Yaşamdaki bu hizmetleri sıralamak gerekirse, bunlar; bağışıklama, doğru beslenme, hastalığı erken tanılama, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı, ilaç ile önlem alma, şahsi temizlik, sağlık eğitimi, ruh sağlığı ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaşıma şeklinde yedi başlıkta toplanabilmektedir (Ateş, 2012: 10).

- **Bağışıklama:** Bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak için, bağışıklama çok önemli ve etkili bir faktördür. Bağışıklama aktif ve pasif bağışıklık şeklinde ikiye ayrılabilir. Aktif bağışıklık aşı ile pasif bağışıklık ise, sağlıklı kişilere antikor içeren

serumların verilmesi ile sağlanmış olur. Bağışıklama hizmetlerinde bireyler tek tek korunmalarının yanı sıra toplumun % 85-90'ı hastalıklara karşı bağışık hale getirildikleri zaman, hastalıklara karşı kontrol altına alınmış olacaktır. Bulaşıcı hastalıklar için, bağışıklama hizmetlerinde topluma ulaşmak gerekmektedir. Böylece, aşılama hizmetlerinde ne kadar çok kişiye ulaşılsa, ne kadar çok kişiyi kapsarsa, bulaşıcı hastalıklarla savaşın da o denli başarılı olacağı düşünülmektedir (Öztek ve Eren, 1997: 374). Günümüzde de bulaşıcı hastalıkların olmaması için birinci basamakta yapılan aşılama uygulamalarına çok önem verilmektedir.

- Doğru Beslenme: Sağlık için sağlıklı beslenmek gerekmektedir. Yeni doğan bir bebeğin bile sağlığını koruması için ilk öğrendiği işlev emme duygusudur. Emme refleksi, fetal hayatta yani gebelikte bebek 17 haftalık (4 ay 7 günlük) iken gelişmektedir. Gebeliğin son haftalarında ise emme refleksi olgunlaşmaktadır (Taşkın, 2003: 384). Görüldüğü gibi daha doğmadan önce öğrenilen olay beslenmedir. Sağlıklı olmanın yolu doğru beslenmeden geçmektedir.

- Hastalığı Erken Tanılama: Adı üstünde hastalığın, tanının erken yani en kısa sürede belirlenmesidir. Bireyler de hastalıkların belirtileri ortaya çıkmadan önce ya da bu belirtiler ortaya çıksa bile, bireyler hastalığın ne kadar erken bir döneminde teşhis edilirse, tedaviler de bir o kadar başarılı olarak iyi sonuçlar doğurabilmektedir (Bilir vd., 1996, 3-4). Bir bireyin hastalığı ilerlemeden erken tanının konulup, tedaviye erken başlanması tedavi sürecini hızlandırmaktadır (Ateş, 2015: 10). Örneğin, kadınların kendi kendine yaptıkları meme muayenesi, meme kanserinde erken tanı için çok büyük önem taşıdığı, çünkü kadının yaptığı bu muayene ile meme kanserlerinin % 90'ının bulunduğu ifade edilmektedir (Taşkın, 2003: 573). Erken tanı kişilerin tedavi olma şansını arttırdığı gibi tedavileri de kolaylaştırır. Böylece, erken tanı ile erken tedavi olunması hayatlar kurtarmaktadır. Hatta kişilerin kendi hayatları kurtarıldığı gibi, başkalarının da hayatları kurtarılmaktadır. Örneğin, verem (tüberküloz) hastalarının erken tanı ile hayatlarının kurtarıldığı gibi, başkalarının da hayatlarının kurtarılması sağlanmaktadır. Çünkü verem bulaşıcıdır. Burada da kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir.

- Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı: Ana çocuk sağlığı da kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindendir. Sağlık personeli tarafından kadınlara doğum öncesinde, doğum sonrasında izlem ve gerektiğinde müdahaleler yapılmaktadır. Bir

gebeye yapılan izlem ve müdahalelerle, gebelikte çıkan hastalıklar engellenebilmektedir. Ayrıca, doğum sonrası anne ve yeni doğan bebek ölümleri riski de önlenerek hayatları kurtarılabilmektedir (Ateş, 2012: 11). Sağlık personeli burada çok ön plana çıkmaktadır. Sağlık personelinin vereceği eğitimler çok önemlidir. Çünkü doğum öncesi yani gebelikte ve doğum sonrası anneye anlatılan bilgiler kişilerin korkularını azaltmaktadır.

- *İlaç ile Önlem Alma*: Bazı hastalıklarda ilaçla korunarak koruyucu sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Örneğin, tüberküloz (verem) hastalarına sağlık personeli tarafından hastanın ilacını zamanında hastaya verip, içtiğini görerek hastayı kayıt altına almasında olduğu gibi.

- *Sahsi Temizlik ve Sağlık Eğitimi*: Kişisel hijyen denilince akla gelen kişinin kendi temizliğidir. Somyürek, hijyenin tarihçesini şöyle anlatmaktadır: “Hijyen, Yunan mitolojisinde sağlık tanrıçasıdır. Bu nedenle sağlığın korunması kavramı hijyen olarak bilinir. Hijyen’ in hayvanı ise yılandır. Yılan, hâlen tıbbın ve sağlığın amblemidir ve Hygiea (Haycia) tuttuğu kaptaki suyu içmesi şeklinde sembolleşmiştir.” (Somyürek, 2005: 42) Sağlıklı olmak için en başta bireyin kendi temizliğine dikkat etmesi gerekmektedir. Sağlık personelleri tarafından da hijyen hakkında kişilere sağlık eğitimleri verilmektedir. Örneğin, el yıkama teknikleri ile ilgili, sağlık personelleri tarafından verilen eğitimler, bireylerin sağlıklı yaşamalarına büyük katkılar sağlamaktadır.

- *Sağlığa Zararlı Alışkanlıklarla Savaşma ve Ruh Sağlığı*: Daha öncede bahsedildiği gibi, kişilerin kendi kendilerine zarar verdiği alışkanlıklar vardır. Kendilerine zarar vermelerinin yanı sıra topluma da zarar verebilmektedirler. “Uyuşturucu, sigara, alkol veya diğer madde bağımlılıkları, insan bedeninde ve ruhunda geriye dönülmez hasarlar oluşturur; insan sağlığını, verimliliğini ve yaşam kalitesini bozarlar.”(Ateş, 2012: 12) Örneğin, alkollü bir şekilde tehlikeli araç kullanılması sonucunda olan kazalarda kişinin hem kendisi hem etrafındaki kişiler zarar göreceklerdir. Hatta geri döndürülemeyecek kadar hasarlar, ölümler meydana gelmektedir. Bunun için; insan sağlığı söz konusu olunca, alkollü araç kullanmada uygulanan cezalar, insan sağlığına yönelik koruyucu ve önleyici olabilmektedir.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici hizmette önemli rol oynayan boyutlar yer almaktadır. Bu boyutlar fiziki imkânlar ile yönetim, yetişmiş personel ve finansman gibi sayılabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici hizmetler yani iyileştirici hizmetler çok daha fazla teşkilat ve maliyet gerektirmektedir (Altay, 2007: 35). Çünkü bireyler hastalandıkları zaman, hastalıkların giderilmesi için, tedavi edici hizmetlerden faydalanılmaktadır. Tedavi edici hizmetler, adı üstünde tedavi eden hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler birinci, ikinci ve üçüncü basamaklardan oluşup, aşağıdaki gibi incelenmektedir (Gürfidan, 2014: 15).

- **Birinci Basamak:** Birinci basamakta verilen sağlık hizmetleri, bireylerin en çok rahat ettiği ayaktan tedavi veren sağlık-sihhat bakım yeridir. Birinci basamak olan bu sağlık bakım yeri, toplumdaki tüm bireylerin, ailelerin sağlıklarını korumak ya da hastalandıkları zaman tedavi olmaları için kolayca ulaşabilecekleri ve faydalanabilecekleri yerdir (Dirican, 1990: 324). Ayrıca birinci basamak ekonomik yönden de maliyeti ucuz olması ile bireylerin kolayca sağlık hizmeti alabilmesini sağlayarak, kaliteli yaşamın önünü açmaktadır. Bunlara aile hekimlikleri ve dispanserler gibi örnekler verilebilmektedir.

- **İkinci Basamak:** Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların sevk edildiği ya da bireylerin doğrudan başvuru yaptığı yerler, ikinci basamak sağlık hizmetleridir. Bu yerler klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri yatarak tedavi hizmeti verilen yerler olarak da tanımlanabilir.

- **Üçüncü Basamak:** Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde diğer sağlık hizmetlerine göre daha çok gelişmiş teknolojiler bulunmaktadır. Birinci ve ikinci basamakta tedavilerinin yapılamadığı durumlarda üçüncü basamak hastanelerden faydalanılmaktadır. Çünkü bu hastaneler daha çok uzmanlaşmış hastaneler olup, bunlara; onkoloji, üniversite ve kalp hastaneleri örnek verilebilir. Bu hastaneler daha pahalıdır ve şehrin hep uzağına kurulmaktadırlar. Bunun için, tedavisi yapılamayan kötü durumlarda üçüncü basamağı seçip, diğer sağlığı koruyucu ve tedavi edilebilir durumlarda ise, birinci basamağı seçmek hayatı daha da kolaylaştırmaktadır. Çünkü birinci basamak bireylerin en yakınında olup, kolayca ulaşabilecekleri sağlık hizmeti verilen yerdir.

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetlerinin tıbbi ve sosyal olarak iki rehabilitasyon bölümü vardır. Rehabilitasyon hizmetlerindeki amaç bireyler kabiliyetlerini kısmen veya bütünü kaybetmiş ise, yeteneklerine tekrar sahip olabilmeleri için tıbbi rehabilitasyon ile olabildiğince çözüme ulaşabilmektedir. Bunlara; çeşitli protezler, işitme cihazları, tekerlekli sandalyeler vb. araçlar örnek verilebilmektedir. Sosyal rehabilitasyonun amacı ise, herhangi bir nedenle özürlü kalan bireyin kültürel, toplumsal ve ekonomik hayata iştirak etmesini sağlamaktır. Bunun yanı sıra sosyal rehabilitasyon ile, bireyi yeni iş yeteneğine kavuşturmak, toplumla iç içe olmasını sağlamak ve bu süreci hızlandırmak amaçlanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186). Böylece, bu hizmetlerle birlikte rahatsızlığı olan kişiler başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmektedirler.

1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir (Kavuncubaşı, 2000: 46). Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı Ve Amaçları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2000 yılında yayınlanan raporda sağlık sistemi, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlanmaktadır (Murray ve Frenk, 2000: 717).

Sağlık Sistemi, birincil amacı doğrudan sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek olan finansman, düzenleme ve sunum faaliyetleri ile ilgili kuruluşlar ve kaynakların üstlendiği tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir. Bir sağlık sisteminin performansı, sağlık sistemlerinin dört temel fonksiyonunun icra edilme biçimiyle yakından ilgilidir. Bu fonksiyonlar, finansman, kaynak temin etme/sağlama, hizmetlerin sunulması ve yönetim ve düzenlemedir (Yıldırım, 2012: 12).

Avşar (2010: 13) sağlık sistemlerinin, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahip olduğunu ve bu bağlamda sağlık sistemlerinin üç önemli amaca sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu amaçlar, Uğurluoğlu ve Çelik (2005) tarafından;

- Hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek,
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek,
- Hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamak,

olarak ifade edilmiştir.

DSÖ (WHO) 2000, sağlık sisteminin üç temel amacını ortaya koymuştur. Bunlar; sağlığın geliştirilmesi, hastaların meşru beklentilerinin karşılanması ve adil finansman olarak ortaya konulmuştur. Aşağıda bu amaçlar üzerinde kısaca durulmaktadır.

- Temel amaçlar

Bu amaçlar bir sağlık sisteminin performansı ölçülürken göz önünde bulundurulması gerekli amaçlar olarak belirtilmektedir. Temel amaçlar kapsamında sağlığın geliştirilmesi ve eğitsizliklerin azaltılması, beklentilerin karėılanması ve adil finansmanın sağlanması yer almaktadır (ėıėman, 2010: 21).

- Sağlığın Geliştirilmesi

Bir sağlık sisteminin tanımlanmığ amacı, nüfusun sağlığını yükseltmektir. Bir nüfusun sağlığı temelde o nüfusu oluğturan bireylerin yağam boyu sağlığını, prematüre ölümleri ve ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını kapsayacak şekilde olmalıdır (Murray ve Frenk, 2000: 718).

- Beklentilerin karėılanması

Beklentilerin karėılanması amacı, sağlığa iliğkin beklentiler dığındaki beklentileri kapsamaktadır. Bunlar; bireylere saygı ve mğteri odaklılıktır (Murray ve Frenk, 2000: 718; Karagan, 2008: 31).

Sağlık sisteminin bu amaçlarına ek olarak, Sargutan (2005), Sağlık sisteminin iğlevsel ve duygusal hedeflerini (5D) bağlığı altında eway sıralanmaktadır:

- Ölüm (Death),
- Hastalık (Disease),
- Sakatlık (Disability),
- Rahatsızlık (Discomfort),
- Doyumsuzluk (Dissatisfaction).

Bu olumsuzluklara karėı kullanılan 6 silah da ewi şekilde sıralanmaktadır:

- Koruma (nlem),
- Tanı,
- Tedavi,
- Rehabilitasyon,
- İzlem (gözlem),
- Halkın Sağlık Eğitimi.

2.2. Sağlık Sisteminin Alt Sistemleri

Sağlık sistemi incelendiğinde, birbirinden çok farklı görev ve sorumlulukları bulunan, aynı zamanda birbiri ile karmaşık ilişkileri de olan kurum ve kişilerin bulunduğu görülmektedir. Bu karmaşık ilişkiler ise çok sayıdaki kişi ve kuruluşun belli bir düzenlilik çerçevesinde etkileşimde bulunmasıdır. Sağlık sisteminin alt sistemleri aşağıdaki gibidir (Şişman, 2010: 22):

- Üretim Alt Sistemi: Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştiren kişi ve kurumları içermektedir (Görgün, 2009: 66).

- Varlık Koruma Alt Sistemi: Bu sistemin temel amacı sağlık hizmetlerinin düzenli ve sürekli bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktır (Şişman, 2010: 22).

- Uyum Sağlama Alt Sistemi: Bu sistem, sağlık sisteminin yaşamını sürdürebilmesi için çevrede oluşan değişikliklere uyum sağlamasına yönelik çalışmaları içermektedir. Yeni hastalıkların ortaya çıkması, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunması, teknolojik gelişmeler, toplumun beklentisindeki değişiklikler gibi durumlarda sağlık sistemi içerisinde de değişiklikler yapılması gerekir. Üniversiteler, biyomedikal ve toplum sağlık sisteminden beklentiler ile ilgili bilgi toplayan araştırma merkezleri bu alt sistem içinde yer almaktadır (Şişman, 2010: 23).

- Yönetim Alt Sistemi: Bu sistem sağlık hizmetlerini yönlendirmekte ve işbirliğini sağlamaktadır. Merkezde Sağlık Bakanlığı ve illerde Sağlık Müdürlüğü bu alt sistem içerisinde yer almaktadır. Alt sistem içinde yer alan kurumlar aslında birden fazla alt sistemde görülmektedirler. Çünkü her kurumun görev ve sorumlulukları bazen çakışmakta ve birden fazla alt sistem içinde yer almaktadır (Görgün, 2009: 68).

2.3. Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Bu bölümde günümüzde uygulanmakta olan sağlık sisteminden önce Cumhuriyet öncesi dönemden başlanarak Türk sağlık sistemindeki değişimler anlatılacaktır.

2.3.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

19.yy'ın ikinci yarısından sonra batıya yönelinmiş, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, devlet eliyle götürülen sağlık hizmetlerinin geniş kitlelere ulaştırılmasının ilk adımları atılmıştır. Hekimbaşının yetkileri 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezaretine devredilmiştir. Hekimlik yapabilmek için tıp fakültesinden mezun olma şartı 1862 yılında getirilmiştir. 1867 yılında, İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesinde sağlık örgütlenmesine yer verilmiş, 1871 yılında ise Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur.

1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını almıştır. İtalya'daki sağlık örgütlenmesini örnek alan bu genel müdürlük, 1914 yılında Dâhiliye Nezaretine bağlanarak, Dâhiliye Nezareti'nin adı Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne dönüştürülmüştür. Böylece, sağlık hizmetleri, içişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 2000: 10).

Milli Mücadele yıllarında kurulan ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi hükümetinde sağlık hizmetleri bir devlet görevi olarak ele alınmış, 2 Mayıs 1920'de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, 3 Mayıs 1920'de sağlık hizmetlerini yürütme görevi bu bakanlığa verilmiştir (Fişek, 1985: 9).

2.3.2. 1923-1937 Dönemi

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydamdır. Bu dönem de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilerek koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuştur ve gelişmesinde büyük katkıda bulunulmuştur. Tedavi hizmetleri hiçbir zaman hükümetin görevi olarak ele alınmamış ve bu konuda daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olunmuştur. Bu maksatla Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da numune hastaneleri kurulmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmaya teşvik edilmiştir. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş verilmiştir (Fişek, 1985: 159).

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin hala o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Akdur, 2000:12).

Bu dönem de (Dr. Refik Saydam dönemi) yapılan çalışmalar (SSYB, 1973: 38);

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Sağlık insan gücü yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak
- Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek
- Sağlıkla ilgili kanunları yapmak
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulunu kurmak şeklinde

özetlenebilir.

Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, bu dönemde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Akdur, 2000: 13).

Bu dönem de uygulanan politikalar ile bugün ülkemizin uygulamaya çalıştığı reformların örtüştüğü noktalar bulunmaktadır. Bu noktaların en önemlileri sağlık insan gücü yetiştirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem vermek, sağlık eğitimleri ve desantralizasyondur.

2.3.3. 1938-1960 Dönemi

Bu dönemde, Dr. Behçet Uz tarafından, “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” hazırlanarak 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ ne sunulmuş ve sağlık hizmetlerinde entegrasyon benimsenmiştir. Bu plana göre, geçmişte sadece büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetleri kırsal bölgelerde yaşayan vatandaşlara da sunulmuş, sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiş, daha önce ayrı ayrı ele alınan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir bütün olarak ele alınmıştır (Akdur, 2000: 14).

Bu dönemde “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılarak sıtma, frengi, cüzzam, çiçek gibi hastalıkların salgınları ile mücadele temel alınmış, Sosyal Sigortalar Kurumu’nun ve Emekli Sandığı’nın temelleri atılarak sosyal güvenliğin kapsamı genişletilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

1950’lerde tedavi edici hizmetlere ve hastaneciliğin gelişimine önem verilerek birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir (Fişek, 1985: 160).

2.3.4. 1961-1980 Dönemi

1961 yılında 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” yürürlüğe girmiş, 1963 yılından 1980 yılına kadar uygulanan sağlık politikaları ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

1961 anayasası ile iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınma plana bağlanarak 5 yıllık kalkınma planları yapılmaya başlanmış ve bu kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli rol üstlenmiştir.

Genel Sağlık Sigortası kavramı bu yıllarda ortaya atılmıştır. Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM’ye

sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

1970'lerde sosyal devlet anlayışından uzaklaşarak sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri, piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alınmış, böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" denebilecek döneme geçilmiş ve anayasa bu yönde yeniden düzenlenmiştir (Akdur, 2000: 14).

2.3.5. 1981–2000 Dönemi

Seksenli yıllarda 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi için çalışmalar yapılmıştır. 1982 anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 anayasasına paralel olarak düzenlenmiştir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde "Genel Sağlık Sigortası kurulabilir" ifadesiyle yer almıştır.

Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır (Karadağ, 2007: 9).

Genel olarak 1980 yılından günümüze kadar sağlık hizmetlerini etkileyen olaylar tarihsel bir süreç içerisinde özetlenecek olursa;

- 1982 yılında "Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkında Kanun" ile doktorlar için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir.
- 05.11.1985'te 3235 sayılı kanunla getirilen ek maddelerle BAĞ-KUR kapsamına girenlere sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.
- 1986 yılında Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından "Türkiye Sağlık Sektörü" araştırması yaptırılmıştır.
- 1987'de "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkartılmıştır. Bu kanun sağlık hizmetleri alanında, 1961 tarihli 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan sonra çıkan en önemli belgedir.
- 1990 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan ikraz anlaşması doğrultusunda Birinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında

Sağlık Bakanlığı tarafından "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganlarıyla sağlık reformlarına başlanmıştır.

- 1990 yılında çıkarılan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlığa daha fazla yer verilmiş ve temel ilke olarak; sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak belirlenmiştir (Serin, 2004: 11). 1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı sağlık projelerine dönüşmüştür (Karadağ, 2007: 10). 1991 yılında İkras Anlaşması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluş çalışmaları yapılmış ve faaliyete geçirilerek 1992 yılında "1. Ulusal Sağlık Kongresi" gerçekleştirilmiştir.

- 03.07.1992 tarihinde GSS hayata geçirilinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan vatandaşların tedavi giderlerini karşılamak amacıyla 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir (Alper, 1999: 45).

- 1993 yılında hükümet tarafından "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "GSS Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır.

- 1994 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkras Anlaşması doğrultusunda İkinci Sağlık Projesi yürürlüğe konarak Türkiye genelinde kalkınması öncelikli illerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik 25 yataklı hastane ve sağlık ocağı ile sağlık evi yapımına başlanmıştır (<http://www.basarmevzuat.com>, Erişim: 11.04.2016).

- 1996 yılında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında "Sağlık Reformları Projesi" ne yer verilmiştir. Sağlık reformu kapsamında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı", "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanarak TBMM'ye sunulmuş, yine "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı" ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tedavi Hizmetlerine Entegrasyonu Kanunu Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır.

Ayrıca “Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu” tasarısı hazırlanmıştır (Serin, 2004: 46).

- 1997 yılında “Temel Sağlık Hizmetleri” projesi yapılmıştır. Eskişehir ve Bilecik pilot il seçilmiştir. Bu projenin amaçları;

- a) Proje illerinde aile hekimliği sistemi ve mali teşvikler ve yeterli alt yapıyla desteklenen etkin bir sevk sistemine dayanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini oluşturmak,

- b) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri pilot sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek,

- c) Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmek,

olarak belirlenmiş ve 31 Mayıs 2000’ de bitirilmesi öngörülmüştür (<http://www.basarmevzuat.com>, Erişim: 11.04.2016). Tasarı ve taslaklar incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü’ nün önerdiği reform çalışmaları ve Kalkınma Planlarında önerilen reform çalışmalarının özüne uygun hazırlandığı görülmektedir.

- 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği yayınlanmıştır.

- 1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde artan hasta potansiyelini karşılamak amacıyla “Vardiyalı Çalışma Sistemi” ne geçilmiştir. Ayrıca üniversite hastanelerinde uygulandığı üzere “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmeti Verilmesine Dair Yönerge” yürürlüğe konmuştur.

2.3.6. 2000 Yılı Sonrası Dönem

- 2003 yılında 58. Hükümet Acil Eylem Planında öngörülen “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve SSK başkanlığı arasında “Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü” imzalanmış devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastaneleri birleştirilerek ortak kullanıma açılmıştır. Aynı yıl “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Sevğine İlişkin Usul ve Esasları Protokolü” yürürlüğe konarak devlet memurları ve emeklilerinin özel hastanelerden yararlanması sağlanmıştır. “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayınlanarak hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” ve “Hasta Hakları Kurulu oluşturulmuştur.

- 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'na ait tüm hastanelerde performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına geçilmiştir.

- 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete' de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun" yayınlanarak ilk uygulama 15.09.2005 tarihinde Düzce' de başlatılmıştır.

- 2005 yılında "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair 5283 sayılı Kanun" yürürlüğe girmiş ve Türkiye genelinde hizmet sunan kamuya ait toplam 660 sağlık tesisi ile 55 bini aşkın personel Sağlık Bakanlığı' na devredilerek sağlık hizmeti sunumu kamu adına tek çatı altında toplanmıştır (Günaydın, 2007: 41).

- 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete' de "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" yayınlanmıştır.

- 09.09.2009 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Sosyal Güvenlik Kurumunun Resmi Gazetede yayımlanan Milletlerarası Antlaşma ilanı ile hayata geçmiştir (<http://www.pydb.saglik.gov.tr>, Erişim: 11.04.2016).

- 25 Mayıs 2010 tarihinde, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 27591 sayılı resmi gazete ile yürürlüğe girmiştir (<http://www.saglik.gov.tr>, Erişim: 11.04.2016).

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu gerekçe, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur (Akdur, 200: 12).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ ve TÜRKİYE UYGULAMALARI

3.1. Aile Hekimliği Kavramı Ve Özellikleri

Dünya sağlık örgütü tarafından “yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olduğu gibi kalkınmışlık düzeyinin en büyük göstergeleri arasında kendini göstermektedir (WHO, 1948). Günümüzde artık eğitim ve sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkelerin kalkınmış ülke oldukları kabul edilmektedir (Aydın vd., 2008: 9). Toplumlar için yaşam kalitesini yakalamanın en büyük öğelerinden biri olan sağlığın en yüksek düzeyde sunulabilmesi ve adalet yaklaşımına bağlı olarak yaygınlaştırılabilmesi ile toplumlar temel insan haklarından biri olan yaşama hakkını gözetmiş olacaktır (Ünalan, 2004: 11). Bu bağlamda bireyler açısından ve dolayısıyla toplumlar açısından sağlık büyük bir öneme sahiptir.

En temel insan hakkı olan sağlığın yaş, cinsiyet, din, ırk, ekonomik durum gibi herhangi bir etmene bağlı olmaksızın kişiye sağlanması zorunluluğu hükümetlere yüklenmiş önemli sorumluluktur. Bu sorumluluk 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde “Tıbbi Bakım Alma Hakkı” olarak tanımlanmıştır ve böylece hükümetler sosyal birer devlet olarak kendi toplumlarının sağlığını korumakla yükümlü hale gelmişlerdir (Pala, 2007: 3).

Günümüzde gelişmekte olan birçok ülkenin sağlık sisteminde ciddi sorunlar vardır ve bu sorunlar giderek küresel bir boyut kazanmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış ve sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi olan “sağlığı korumak” arka plana itilmiştir. Ancak bir hastalığın bireyden ziyade geniş kitleleri etkiliyor olması ve bu durumun toplumsal anlamda gerileme oluşturuyor olması tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de gereken önemin verilmesinin gerekliliğinin anlaşılmasını sağlamıştır (Demirbilek, 2007: 127).

Aynı zamanda tıp teknolojilerinin her geçen gün büyük bir hızla gelişmesi, tıptaki bilgi birikiminin artması ile birlikte; geçmişte kolera, veba gibi hastalıklar geniş kitlelerin ölümüne yol açarken bugün anne karnında birçok hastalığın tanısı konulabilmekte ve bazı hastalıkların ise anne karnında tedavisinin gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece giderek artan çeşitli hastalıklar, tıptaki gelişmeler ve hastalıklar konusundaki bilgilerin, tanı ve tedavi yöntemlerinin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetleri farklı alanlara yoğunlaşmakta ve uzmanlaşmaktadır. Tıbbın çok sayıda ileri uzmanlık alanına bölünmesi sağlık hizmetleri sunumunun karmaşıklaşmasına, küçük dallara ayrılma ile birlikte disiplinler arası iletişimin bozulmasına ve tıp teknolojilerine bağımlı hale gelmeye neden olmuştur. Bu durum karmaşıklaşan yapı içerisinde insanları sürekli izleyerek yönlendiren, bireyleri aileleri ile birlikte ve sosyal çevresini de göz önüne alarak değerlendiren ve hastalık ayırımı yapmaksızın bütüncül bir sağlık hizmeti sunabilen yeni bir hekim tipine ihtiyacı doğurmuştur (Ünalın, 2004: 11-12).

Günümüzde sağlık hizmetleri basamaklara ayrılmış durumdadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık ocakları olarak adlandırılan ve günümüzde aile hekimliği birimlerine dönüştürülen birimleri kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri; genel hastaneleri kapsar. Burada bütün tıp uzmanlık alanları bulunur ve hastalar özel hastalıkları doğrultusunda istedikleri birime başvururlar. Üçüncü basamak ise bir alanda uzmanlaşmış özel dal hastanelerinde yapılan hizmetleri kapsamaktadır. Burada birçok kaynakta piramit olarak ifade edilen sisteme göre, birinci basamak sağlık hizmetleri sisteme giriş kapısını oluşturmaktadır (Kılıç, 2006: 53).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ulaşılabilirlik açısından en temel role sahip olan basamaktır. Burası hasta ile ilk temasın sağlandığı, hastaların sürekli takiplerinin yapıldığı, hastayı bulunduğu ortam içinde değerlendiren, kapsamlı, bireyi doğumundan ölümüne kadar takip edecek ve en önemlisi hastalıkların tedavisi konusunda koordinasyon görevini üstlenecek en erişilebilir birimdir (Karadağ, 2007: 6-7).

Aile Hekimliği bu açıdan bakıldığında Wonca Europe (Avrupa Aile Hekimliği Birliği) (2002) tanımlamasına göre, birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlamasına en uygun şekilde karşılık gelen, sistemde eksik olan yapıyı dolduracak kendine özgü

eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve aynı zamanda klinik bir uzmanlıktır (Saatçi vd., 2006: 81).

Aile Hekimliği tanımlamaları gözden geçirildiğinde, Leeuwenhorst (1974) tanımına göre; “Aile hekimi, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve belirli bir nüfusa, kişisel, sürekli ve birinci basamak hizmet sunan uzmanlık eğitimi almış tıp fakültesi mezunudur” (Smith, 2009: 618).

Olsen ve meslektaşlarına (2000) göre, aile hekimleri, “yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin bireylere, ailelere ve içinde bulunduğu topluma sürekli ve kapsamlı bakım veren aynı zamanda bu alanda eğitim görmüş lisanslı tıp hekimidir. Tüm sağlık problemleri hakkında ilk değerlendirmeyi yapar. Kronik, rekürren ya da terminal hastalığı olan hastaların ayırım gözetmeksizin devamlı bakımını üstlenir. Diğer branşlarla koordinasyon içerisinde çalışır. Topluma karşı profesyonel sorumluluğu olduğunun bilincindedir”, şeklinde tanımlamıştır (Algın, 2002: 13).

AAFP (Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi) (2005) tanımına göre ise; “Aile hekimliği, bireye ve aileye sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan bir tıpta uzmanlık dalıdır. Biyolojik, klinik ve davranışsal bilimleri entegre eden bir genişliğe sahiptir. Her yaş, cinsiyet, organ, sistem ve hastalığı kapsamaktadır” (Saatçi vd., 2006: 81) .

Genel olarak Aile Hekimliği kavramına bakıldığında akademik bir disiplin olmasının yanında, aynı zamanda uygulama özelliği ile; bireyi, ailesi ve sosyal çevresi içerisinde biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak yani bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir. Birey merkezlidir, bireyleri anne karnından ölümüne dek takip eder, yani süreklilik özelliği vardır. Kişi merkezli bir yaklaşım geliştirdiği gibi rahatsızlıkları toplum bazında da ele alarak toplumun sağlığı için önemli sorumluluk üstlenir. Aynı zamanda hizmet yaptığı toplumu her yönüyle tanıyarak, aile, çevre ve iş ilişkileri ile bir bütün olarak ele alır. Dolayısıyla bütün bireylerin yaşama koşullarını, sağlık durumlarını en iyi bilen kişidir (Aydın vd., 2008: 52).

Aile hekimleri sağlık ve hastalık durumlarında danışmanlık görevini gerçekleştirir ve sevk zincirini koordine eder. Böylelikle sağlık sorununun hangi birim ile ilgili olduğunu ve nereye başvurması gerektiğini bilmeyen bireyin uygun birime gitmesini sağlar. Günümüzde birinci basamakta çözümlenecek en küçük sağlık

sorununun bile hastaların yönlendirilmemesinden, ya da hastaların hiçbir sınırlamaya tabi tutulmamasından dolayı hastanelerde yığılmalara yol açtığı bilinmektedir. Sağlık sistemine ilk girişin yapılacağı bu aşamada aile hekiminin yönlendiriciliği sağlık sonuçları, sağlık işleyişi ve maliyet açısından önemli ölçüde getiri sağlayacaktır (Öcek vd., 2006: 145).

Aile hekimleri hastalıkların tedavisini gerçekleştirmenin yanında koruyucu tedavi hizmetlerini de gerçekleştirir. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetebilir. Ayırt edici özelliklerinden birisi olan hastalarla sürekli iletişim ile hastaları hem daha yakından tanır hem de gerektiğinde onların savunma görevini üstlenir. Hastalık ve birey ayrımı gözetmeksizin eşitlik ilkesine dayalı olarak hizmet sunar.

Dünyada aile hekimliği alanındaki en yaygın ve kapsayıcı örgüt olan WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejlere, Akademileri ve Dernekleri Birliği; kısaca Dünya Aile Hekimleri Örgütü - World Organization of Family Doctors) Avrupa kolu Aile Hekimliği disiplininin özelliklerini şöyle tanımlamıştır (Wonca, 2005: 6):

- “Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaşı, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.”
- “Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. “
- “Bireye, ailesine ve içinde yaşıadığı topluma yönelik kişı-merkezli bir yaklaşım geliştirir. “
- “Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.”
- “Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen dikey sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.”

- “Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.”
- “Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrıışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir”.
- “Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir”.
- “Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir”.
- “Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır”.

3.2. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

İnsanlık tarihi kadar eski olan Tıp bilimi yüzyıllardır oldukça büyük gelişmeler kaydetmiştir. Günümüzde hastalık sayısındaki artış, hastalıkların yapılarındaki değişiklik, kronik hastalıkların artması, ileri teknoloji kullanımı ve aşırı uzmanlaşma gibi nedenlerden dolayı insanları sürekli izleyecek onları yönlendirip danışmanlık edecek bir hekime ihtiyaç doğmuştur. Aynı zamanda aşırı uzmanlaşma hastalıklara odaklanmakta ve hastalıkların tedavisi için uğraşmaktadır fakat bahsedilen hekim tipi hastalıkları önleyici, koruyucu hizmete odaklanacaktır.

Bu gereksinimden dolayı ortaya çıkan aile hekimliği ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Peabody, uzmanlaşma eğiliminin çok yüksek noktaya ulaştığı ve sağlık hizmet sunum sisteminin aşırı parçalara ayrıldığını belirtilerek, hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek bir yapılanmaya geçilmesine ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir hekime gereksinim duyulduğunu bildirmiştir (Dikici vd., 2006: 412). Ancak toplum ve tıbbi yapı buna uygun olmadığı için ancak yaklaşık 30 yıl sonrasında bu görüşün yansıması olarak 1952 yılında İngiltere’de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. Bunun ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’ in 1966 yılında Milis ve Willard adlı iki bilim adamı tarafından hazırlanan sağlık sistemini inceleyen raporları yayınlanmıştır. Sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve 1960’lı yıllarda Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (Ünalın, 2004: 12).

Bu gelişmeler ışığında aile hekimliğinin dünyaca kabul edilen bir tanımının olması gerekliliği düşünülmüş ve 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda birinci basamak hekimliğinin yani aile hekimliğinin tanımı, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) beraberliği ile 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nda oldukça önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu konferansın en önemli sonuçlarından birisi, dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Aile hekimliğinin diğer alanlardan farklı olarak kendine özgü özellikler içerdiği ve bu alanda uzmanlaşmanın şart olduğuna vurgu yapılmıştır. Böylelikle tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistemlerini ve politikalarını yeniden gözden geçirip düzenlemelere gitmişlerdir. Alınan bu kararın en önemli çıktılarından biri ise, Avrupa Konseyinin 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl aile hekimliği eğitimi alarak uzmanlaşmış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 23).

Ontario-Kanada'da 1994 yılında, "Tıp Eğitimi Ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve WONCA tarafından düzenlenen konferansta her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan doküman özetlenecek olursa; aile hekimleri, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, başarıya, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumlulukları yerine getirebilmek için hasta bakımında son derece yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini uyum içerisinde gerçekleştirmelidir. Ayrıca aile hekimliğinde uzmanlaşmanın şart olduğu düşünüldüğünde insanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır (Leopando, 2010: 6).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün Mayıs 1998 tarihinde yaptığı 51. toplantıda oluşturulan bildiride, aile hekimliğinde amaçlanan hedeflere ulaşmayı sağlayacak bir

sağlık hizmeti geliştirmek için bazı kararlar alınmıştır. Bu kararlardan öne çıkanlar şunlardır:

- “Evrensel açıdan ulaşılabilirliği olan birey, aile ve topluma hizmet edecek nitelikte, hizmet sunum koşulları, çalışan personel ve birimin standartları bakımından güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin yani aile hekimliği hizmetlerinin sağlık sisteminin merkezinde yer alması”,

- “Sağlık hizmetleri sunumunda basamaklar arasında koordinasyon sağlanması ve uygun sevk zincirinin oluşturularak geri bildirim sistemi ile hizmet sunulması”,

- “İyi kalitede ve maliyet açısından uygun olan şekilde hizmetin sağlanması”

- “Yeterli finansmana ve en uygun teknolojik sisteme sahip olunması”.

Bu çalışmaların günümüzdeki aile hekimliğinin gelişmesinde temel oluşturan maddeler olduğu düşünülebilir. Yapılan bu çalışmaların ardından Alma-Ata konferansında oluşturulan ve “2000 yılında herkese sağlık” adı altında alınan kararlar ışığında Dünyada birçok ülkede aile hekimliği geliştirilmiş ve mevcut yapı çerçevesinde çağa uygun olarak düzenlenmeye ve geliştirilmeye devam edilmektedir.

Tüm dünyada aile hekimliği ile ilgili bu gelişmeler yaşanırken, Türkiye’de birinci basamak hekimliği gelişimi sağlık ocağı ekseninde olmuş ve sağlık ocaklarında görev yapan birinci basamak hekimi yani pratisyen olarak tanımladığımız hekim, 6 yıllık tıp fakültesi sonrası göreve başlayan uzmanlık eğitimi almamış hekimi ifade etmektedir. Dünyada aile hekimliği ve genel pratisyen olarak tanımlanan hekimlerin görev tanımları Türkiye’deki pratisyenlikle aynıdır. Ancak pratisyenlikten farklı olarak uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade eder (Çelikkol, 2008: 14).

1960’lı yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması anlayışıyla kurulmaya başlayan ve giderek tüm Türkiye’ye yayılan sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutmuş ve ilerleyen dönemde oldukça başarılı sağlık ocağı uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Ancak gelişen koşullara uyum sağlayamayan, hastaları sürekli takip konusunda yetersiz

kalan ve uzmanlığın olmamasının uygulama alanını da kısırlaştırdığı sağlık ocağı çağa ayak uyduramamış ve sığ kalmıştır (Tekin vd., 2010: 14).

1960 yılından sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası' nı hazırlamıştır. Sosyalleştirme Yasası basamaklı, sosyal adalete dayalı, yaygın, kapsamlı, önleyici, tedavi edici ve bakım sağlayıcı sağlık hizmetlerinin bir arada, tam gün ve hizmetin tek elden yürütülmesi ilkelerine dayanmaktadır. Prof. Dr. Nusret Fişek 1985 yılında yayımladığı "Halk Sağlığına Giriş" kitabında; 1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çalışmalarının, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüştüğünü ifade etmiştir (Fişek, 1985: 115-116).

Aile hekimliği Türkiye' de yaygın olarak 1970' li yılların ortalarında dünya ile eş zamanlı tartışılmaya başlanmış ve o dönemde aile hekimliğinin zaten mevcut bir uygulama olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olduğu düşünüldüğü için ayrı bir uzmanlık olması fikri kabul görmemiştir. Türkiye'de, Alma-Ata Deklarasyonu çerçevesinde 2000 yılında herkese sağlık geliştirmeleri kapsamında dünyadaki bütün ülkeler gibi, 1980' li yıllarda birinci basamağı güçlendirme çabaları başlamış ve birinci basamakta gereksinim duyulan yeni tipte uzman yetiştirilmesi amacıyla aile hekimi uzmanlık eğitimi uygulamaya alınmıştır (Algın vd., 2005: 2).

Türkiye'de aile hekimliği ile ilgili hayata geçirilen ilk somut adım, Aile Hekimliği Uzmanlığının 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde tanınmasıdır. Devamında ise 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir' de Sağlık Bakanlığı' na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 1990' lı yıllara gelindiğinde aile hekimliğinde uzmanlık eğitime odaklanılmış ve uzmanlık alanının kabulüne dönüşmüştür. 1990 tarihinde Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 28).

16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Bu karar aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli kilometre

taşlarından biri olmuştur. 17 Eylül 1993'de Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde Aile Hekimi asistan eğitimi başlamıştır. İlk kurulan Anabilim Dallarında kurucu başkan olarak halk sağlığı, dâhiliye, göğüs hastalıkları gibi diğer disiplinlerden akademisyenler görevlendirilmiştir. İlk aile hekimi uzmanları ise akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır (Ünlüoğlu ve Ünalacak, 2008: 163).

2003 yılında Türkiye çapında olan katılımlar sonucunda bir bilimsel kurul Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış ve yaptığı çalışmalar sonucu bir yol haritası oluşturmuştur. Bu çalışmaya göre birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının artık başlaması gerektiğine karar verilmiştir. Bu kararlar ışığında 2004 yılında pilot yasa hazırlanarak 2005 yılında ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulmuştur. Türkiye'de günümüzde 81 ilde aile hekimliği uygulaması gerçekleştirilmektedir.

3.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Ve Uygulamaları

1983 yılından beri Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesine rağmen pek çok kişi, aile hekimliği ile Sağlık Bakanlığının, ilk olarak Düzce'de başlattığı aile hekimliği pilot uygulaması ile tanıştı. Aile hekimliği uygulaması, Dünya Bankası tarafından, Türkiye'ye Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin organizasyonunda bir seçenek olarak önerilmiş olup, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ve Dünya Bankasının desteğiyle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin, planlanması ve sunumuna yeni bir anlayış getirmiştir.

Türkiye'de, 09 Aralık 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun Resmi Gazetede yayımlanmasıyla aile hekimliği uygulamasının ilk adımları atılmıştır. 03.01.2005 tarihinde ise pilot il olarak belirlenen Düzce'de çalışmalara başlanmış, sistem yapılandırılmış ve 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde pilot uygulama olarak aile hekimliği uygulaması başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçiş yapmıştır. 2006 yılının sonunda yedi, 2007 yılının sonunda on beş, 2008 yılının sonunda otuz iki, 2009 yılının sonunda ise otuz beş ilimizde kademeli olarak aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır (Ünlüoğlu vd., 2012: 6). Sağlık Bakanlığının son olarak 25 Mayıs 2010 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan Aile

Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile 2010 yılının sonuna kadar bütün illerde aile hekimliği uygulamasına geçişin tamamlanacağı ifade edilmiş olup, 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla de ülkemizin tamamında sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır (Dağlı, 2006: 128). Aile hekimliği uygulaması ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamaktaki sağlığın geliştirilmesi, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun da yer aldığı diğer hizmetlerde Toplum Sağlığı Merkezlerinde verilmeye başlamıştır.

Aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesi yapılan çalışmalara ve hazırlık aşamalarına değinilecek olursa; aile hekimliği uygulamasına geçiş döneminde ve öncesinde en çok emek şüphesiz ki ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak görev yapan sağlık personeline aittir. Çünkü onlar bu dönemde hem sağlık ocağındaki görevlerini (okul aşıları, bebek-gebe-çocuk izlem, bağışıklama, acil ve laboratuvar gibi) yerine getirmeye çalışırken diğer taraftan da, Ev Halkı Tespit Fişlerinin sahada kontrollerini yaparak, düzenlenen nüfusların T.C. kimlik numaraları esasıyla dijital ortama aktarımını sağlamışlardır.

Sağlık müdürlükleri tarafından merkezden en uç yerleşim bölgesine kadar hizmet veren sağlık ocakları ve sağlık evleri gözden geçirilerek binaların aile sağlığı merkezi olarak dönüşümü planlanmıştır. Mevcut binaların fiziksel durumunun değerlendirilerek ihtiyaç duyulan binalarda tadilat ve tamirat işlemlerinin yapılması sağlanmıştır. Tıbbi cihaz ve ekipmanların envanter kayıtları gözden geçirilmiş, daha sonra ilin nüfusu ve coğrafi özellikleri dikkate alınarak aile hekimliği birimleri ve mobil hizmet bölgeleri belirlenerek birimlere göre planlamalar yapılmıştır (Mavi, 2010: 247). Tüm binaların krokileri hazırlanmış olup kodlarıyla birlikte aile hekimliği birimleri belirtilmiştir. Aile sağlığı merkezi olarak planlanan sağlık ocaklarının ADSL alt yapısı hazır hale getirilmiştir.

Aile hekimliği biriminin belirlenmesinde, ilin nüfus ve coğrafi yapısı, hastalık ve sağlık istatistikleri dikkate alınarak birimler belirlenmiştir. Ortalama 3.000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde uygulamalara başlanmıştır. Yapılan bu çalışmaların ardından belirlenen takvime göre yerleştirme işlemleri yapılarak aile hekimliği uygulaması kademeli olarak başlamıştır.

Personel şubesi tarafından il personel dağılım cetveli (PDC) yeniden incelenmiş olup aile hekimliği uygulamasında ihtiyaç duyulacak personel sayısı belirlenmiştir. Hizmet puanlarını etkileyecek durumlar göz önünde bulundurularak (askerlik, geçici görevlendirmeler vs.) hizmet puanı hesaplamaları yeniden yapılmış olup, itirazlar alınıp sonuçlandırılarak güncel tutulmuştur (Selçuk, 2010: 44). Hekimler arasında, kimin hangi bölgede çalışacağını belirlemek için hizmet puanı esas alınmış ve puanı yüksek olan hekimlere bölge seçiminde öncelik hakkı tanınmıştır. PDC’de fazla olan ebe, hemşire, sağlık memuru olarak görev yapan sağlık personelleri ilk başta başka kurumlara görevlendirilmiş olup daha sonra istekleri dışında resen atamalarla hastanelere tayinleri yapılmıştır.

Aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesi Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan sağlık personeline, birinci aşama uyum eğitimleri ve bilgisayar eğitimleri verilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, aile hekimliği uygulaması, başlangıç olarak bir sertifikasyon eğitimi ile başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçiş çalışmalarında, iki aşamalı düşünülen eğitimin ilk aşamasında hekimler on gün, ebe, hemşire, sağlık memurları ise üç gün süren uyum eğitimi sonunda sertifikalarını almışlardır. Bu geçiş sürecinde, birinci basamakta çalışmak isteyen sağlık personeli 1. Aşama Uyum Eğitimlerini tamamlayıp geçici aile hekimliği uygulama sertifikalarını almış ve artık sağlık ocaklarının yerini alan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmaya başlamışlardır. İkinci aşama modüler eğitim ise, aile hekimlerinin mesleki bilgilerinin güncelleştirilmesi ve geliştirilmesini hedefleyen bir yıl süreli uzaktan eğitim olarak planlanmıştır.

Aile hekimliği uygulaması öncesinde birinci basamak sağlık kurumlarında 17.800 hekim görev yaparken, geçiş sonrasında 2014 yılı verilerine göre 6.768 Aile Sağlığı Merkezinde 21.217 aile hekimi görev yapmaktadır. 2012 yılı verilerine göre ise bir aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısı ise ortalama 3.634 kişidir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 81). Sağlık Bakanlığı yıllar itibarıyla aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planlamakta ve 2023 yılı hedefi 1.680 kişiye bir aile hekimliği biriminin hizmet vermesini amaçlamaktadır (www.sgb,saglik.gov.tr, Erişim: 13.04.2016). 3.634 kişiye bir aile hekimliği biriminin hem koruyucu sağlık hizmetini hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunması, aynı zamanda her geçen gün artan iş yükü ve çıkarılan yönetmelikler sağlık personelinin oldukça zor durumda bırakmaktadır.

Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler, elbette ki aile hekimliği uzmanlarıdır. Ancak ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan dolayı yeni döneme geçişte birçok ülkede uygulandığı gibi mevcut hekimler görev almıştır. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulamasının nihai hedefi için 2017 yılından sonra aile hekimliği uygulamasında çalışmaya başlayacak tüm hekimlerin aile hekimi uzmanı olmasını öngörmektedir (www.sgb,saglik.gov.tr, Erişim: 13.04.2016). Birinci basamakta çalışan hekimlerin kazanılmış haklarının olması; hem de ne zaman, ne maliyet ne de insan kaynakları açısından birinci basamakta çalışmakta olan yaklaşık 30.000 hekimi bir anda sahadan çekip uzmanlık eğitimi vermenin imkânsız olmasından dolayı mevcut uygulamada böyle bir zorunluluk söz konusu değildir.

3.3.1. Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri ve Amaçları

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı resmi sitesinde sağlık sisteminde Aile Hekimliğine geçiş sebebi şu şekilde ifade edilmektedir:

“Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.” (www.ailehekimligi.gov.tr, Erişim: 19.04.2016)

Aile hekimliği uzun yıllardır çoğu ülkede uygulanmaktadır. Bu uygulamanın olumlu yönlerini yansıtarak, ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçmek mümkün olabilmektedir. Ancak bunu yaparken ülke koşullarını da göz ardı etmemek gerekir. Gelişmenin göstergelerinden birisi olan sağlık hizmetlerinin, ülkemiz açısından istenilen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Türkiye'nin önceki sağlık sistemi, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Sistem içerisinde köklü değişiklikler yaparak herkesin

ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini meydana getirmek kaçınılmaz olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanımaktadır (Söyleyici, 2010: 38-40).

Aile hekimliği, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir bakış açısı ve işleyiş getirmiştir. Uygulanma gerekçelerinin başında herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın başvurabileceği bir aile hekiminin olması gelmektedir. Aile hekimliği ile Türkiye’de sağlık hizmetlerini tüm illerdeki bireylere dengeli bir şekilde ulaştırabilmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun da katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmak aile hekimliğinin diğer gerekçeleri arasında sayılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ana ilkelerdir. Bu ilkelerin ikinci basamakta yığılmayı engellemesi, ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlaması aile hekimliği uygulamasının gerekçeleri arasında gösterilebilir.

“Aile hekimliği bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörmektedir. Güvene dayalı iletişim kurmakta, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele almaktadır. Aile hekimliği hasta merkezli olmasının yanı sıra btnleştiricilik, srekliplik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri ile birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verilmesi için gerekli eğitimleri almış aile hekimleri tarafından, hastalıklar tedavi edilmekte, toplumsal ve kültürel faktörler de dikkate alınmakta ve bireyler bir aile yesi gibi değerlendirilmektedir” (www.ailehekimligi.gov.tr, Erişim: 19.04.2016),

Diğer bir gerekçesi, aile hekimliği uygulaması ile yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla daha etkili olarak karşılanabilmesidir. Aile hekimleri belirli bir bölgede sağlık hizmeti verdikleri

hastalara yakın oldukları için hastalar aile hekimlerine rahatça ulaşabilmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinden kolayca faydalanabilmektedirler.

WHO verilerine göre, aile hekimliğine başvuruların % 80 - 90'ına sorunun niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedir. Bu başvuru sırasında hastalıklarının büyük kısmı tedavi edilebilmektedir. Aile hekimleri bir üst sağlık basamağına, sevk ettiği % 5- 10 oranındaki hastalarını da izlemekte ve onların sorumluluğunu taşımaktadır. Aile hekimliğinin hizmet alanı aile üyelerinin tümünü içerecek tarzda olmasının yanı sıra hizmet verdiği bireylerin sosyal ve psikolojik durumlarını da kapsamaktadır (kapsamlı hizmet ilkesi). Aile hekimliğinde hastalara önerilen tüm tedavi yaklaşımları hastaya özgü olmakta ve bir bütün olarak hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerine yanıt verilmektedir. Aile hekimleri hastalarını aile ve toplumları içinde değerlendirmektedir. Hastalıkların sadece hastayı değil aileyi de etkilediğini dikkate alarak aile yönelimli bir yaklaşım sunmaktadır. Bu yaklaşım içinde hastanın sorunları çözümlenirken hastalığın aile üzerine etkileri ve ailenin hastalık üzerine etkileri dikkate alınarak sorunun çözümlenmesi için tedavinin planlanması aşamasında hastanın ve ailesinin alınarak ortaklaşa bir tedavi planı hazırlanması hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve tedavinin etkinliğini sağlamaktadır (www.tr.wikipedia.org, Erişim: 19.04.2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri ise "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunumunun temin edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedefler arasında belirlenen *etkililik*; uygulanacak sistemin sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı; *verimlilik*, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi ve aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi; *hakkaniyet* ise, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına mali ölçüleri oranında sağlık sigortası yoluyla katkıda bulunmalarının sağlanması olarak" tanımlanmıştır.

Aile hekimliği uygulamasının hedeflerine ulaşabilmesi için belli şartların oluşması gerekir. Birinci basamak olarak adlandırılan sağlık hizmetlerinin çağdaş bir anlayışla yeniden düzenlenerek yaygınlaştırılması ve tüm toplum tarafından benimsenmesi gerekir. Herkesin kolaylıkla ulaşabileceği ve kendisinin seçeceği bir aile hekiminin olması gerekir. Hastalıklarla mücadelede koruyucu olarak hastalık öncesi tedbirlerin alınabileceği bir sistemin ve insan kaynakları olarak da bu hedef

için çaba gösterilmesi gerekir. Malzeme ve teçhizat açısından kırsal-kent, doğu-batı farklılığının ortadan kaldırılması, hizmete ulaşım noktasında eşitliğin sağlanması gerekir. Ayrıca malzeme yönetimi ve akılcı ilaç tüketiminde de bu bilincin oluşturulması gerekmektedir (Solak, 2010: 7).

3.3.2. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'e göre aile hekiminin görevleri şunlardır:

1. "Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek (Pilot Yön. md. 4/1)".
2. "Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak",
3. "Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek",
4. "Kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek",
5. "İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak",
6. "Çalıştığı mekânda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek",
7. "Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek",
8. "Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini

değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak”,

9. “Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak”,

10. “Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak”,

11. “İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak”,

12. “Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak”,

13. “Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak”,

14. “Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak”,

15. “Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek”,

16. “Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak”,

17. “Gezici sağlık hizmetlerini yürütmek”,

18. “Genişletilmiş bağışıklama programı ve gebe aşılarını yapmak”,

19. “Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığını sağlamak”,

20. “Bakanlıkça belirlenen birinci, ikinci aşama ve aile hekimliğine yönelik yıllık hizmet içi eğitimlerin en az % 80’ine katılarak hizmet kalite standartlarının yükseltilmesini sağlamak”,

21. “Sağlık kayıtlarını tutmak, dosyalamak, istatistik tutmak, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimleri hazırlamak”,

22. “Bakanlıkça belirlenen ve kullanmak zorunda olduğu teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile kırsal alanda görev yapan aile hekimleri için gerekli olan motorlu aracı temin etmek”,

23. “Sürekli ikamet ettiği ilden uzakta kalacak kişileri veya geçici süre ile Türkiye’de ikamet edecek olan kişileri, zorunlu durumlarda herhangi bir ücret talep etmeksizin muayene ve sevk etmek”.

24. “Kayıtlı kişi sayısını, yapılan hizmetlerin listesini, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısını, konulan teşhisleri (kodları ile birlikte), aşılama, gebe ve loğusa izlemi sayılarını, bebek ve çocuk izlemi sayılarını, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili verileri ve Bakanlık tarafından belirlenen benzeri verileri belirli aralıklarla düzenli olarak Bakanlığa bildirmek”.

Görüldüğü üzere aile hekiminin Yönetmelik tarafından belirlenen yirmi dört adet görevi bulunmaktadır. Bu görevlerin içerisinde dikkate değer olanı kuşkusuz aile hekiminin evde bakım hizmetlerinden de sorumlu tutulmasıdır. Yönetmelik tarafından bu kadar çok görev yüklenen aile hekimlerine bir de evde bakım hizmetlerinin de yüklenmesi uygulamada sorunlar yaratacağı muhakkaktır. Yukarıda da söz edildiği üzere aile hekimlerinin azamî 4000 kişiye bakabileceği düşünüldüğünde, aile hekimlerinden evde bakım hizmetini de yerine getirmesini beklemek “adil çalışma koşullarına” aykırılık teşkil edecektir.

Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesinin 9. maddesi, aile hekiminin yukarıda sayılan görevleri gerektiği gibi yerine getirmemesi veya hiç yapmaması ya da yanlış uygulaması sebebiyle kuruma veya üçüncü şahıslara verdiği zararlardan dolayı sorumlu tutulacağını ve kurumca yapılmak zorunda kalınan ödemelerin aile hekimine rücu edileceğini düzenlemiştir. Söz konusu hükme göre, aile hekiminin poliklinik hizmetinin yoğunluğu vb. sebeplerle örneğin, periyodik tarama programlarının uygulanmasını aksatması ya da özürli kişilere yönelik sağlık hizmetlerini gerektiği gibi yerine getirememesi sonucunda bir zarar oluşursa bu zarardan sorumlu olacaktır.

3.3.3. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Tıpta uzmanlaşmada artışın bir sonucu olarak, yirminci yüzyılın ortalarına doğru tıp fakültelerinden kaybolan birinci basamak hekimleri, 1960'lardan sonra aile hekimliği bölümleriyle yeniden üniversitelere girmeye başlamıştır. Akademik hayata geri dönüşün ilk adımı 1963 yılında İskoçya'nın başkenti olan Edinburgh'ta ilk aile hekimliği bölümünün kurulması ile başlamıştır. Avrupa'da tıp fakültelerinde aile hekimliğinin öğretilmesi ve akademik aile hekimliği oldukça yol kat etmiş ve önemli gelişmeler kaydedilmiştir (Başak vd., 2005: 174-175).

Avrupa Birliği 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin

sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkaran bir karar almıştır (Aydın vd., 2008: 77).

Avrupa Birliği'ne katılmayı hedefleyen Türkiye'de, bir uzmanlık alanı olarak Aile Hekimliği eğitiminin başlama tarihi, 1985 yılıdır. Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) 1993 Temmuzunda aldığı karardan sonra da, ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalları kurulmaya başlamıştır (Başak ve Saatçi, 1998: 126).

Tıp eğitimi ve tıp uygulaması birbirine sıkı sıkıya bağlıdır. Tıp eğitiminin içeriği ve niteliği yetişen hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarını; ortaya koyacakları tıp uygulamalarını belirler. Toplumun sağlık gereksinimlerine ve sağlık davranışına göre daha yaygın gereksinim duyulan hizmetlerin tıp eğitimi içinde daha fazla ve derinlemesine yer alması beklenir. Aile hekimliği de bu konuda son yıllarda öneminin artmasının ardından uzmanlık eğitiminin zaruriyeti sebebiyle bu alanda tıp fakültelerinde uzmanlık bölümlerinin artmasına neden olmuştur (TAHUD, 2006: 39).

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıldır, bunlar 9 ay İç Hastalıkları, 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 6 ay Cerrahi Ağırıklı Acil ve 4 ay Psikiyatri rotasyonlarından meydana gelmektedir (Uzuner vd., 2010: 1).

Türkiye'de mevcut durumda uzmanlığını almış olan hekimlerin sayılarındaki yetersizlikten dolayı ve birinci basamak hizmetlerin sunumunda görevli olan uzmanlık eğitimi almamış pratisyen hekimlerin görevlerine devam edebilmeleri için geçiş döneminde bu hekimlere eğitim olanakları sağlanmasını uygun görülmüştür. İlerleyen dönemlerde ise hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi amaçlanmıştır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Yönetmeliğine ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre "aile hekimliği uzmanı olanlar ile bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler aile hekimi, sağlık meslek liseleri veya yükseköğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu bölümünden mezun olanlar aile sağlığı elemanı olabilirler" şeklinde bir tanımlama mevcuttur. Eğitim sağlanarak Aile Hekimliği Sertifikasını elde etme iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama eğitimi olarak planlanan ve adaptasyon amaçlı bu 10 günlük eğitim sonunda katılımcıların birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının yeni görev tanımları ve uygulamaları, yetki ve sorumlulukları gibi temel özelliklerini, kavramaları, bu özelliklerine uygun tutum geliştirmelerini amaçlamaktadır. Uyum eğitimini almış olan

hekimlerin sertifikalarının geçerliliği, aile hekimliği uygulamasına devam etme ve kalıcı sertifika için öngörülen ikinci aşama eğitim modüllerini tamamlama şartına bağlıdır.

İkinci aşama eğitim, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Bu eğitim mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. İkinci aşama eğitimleri sürekli tıp eğitimi şeklinde belirlenir. Halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev alarak eğitime katılan hekimlerin sahada uygulama eğitimini gerçekleştirecektir. Teorik ve pratik eğitimlerin müfredatı belirlenip 6 yıl veya daha fazla sürede sürekli eğitimi tamamlayan fiili aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir (Aydın vd., 2008: 78).

3.3.4. Hekim Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Yönetmeliğe göre; (RG: 2005: 3) aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kayıt olması şarttır. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Daha sonra kişiler, bulundukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmektedir. Kendi seçimini yapan kişinin aile hekimini değiştirmesi için en az altı ay beklemesi zorunlu kılınmıştır. Kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallar ve usul aşağıda açıklanmıştır.

Kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallar:

- Kişiler aile hekimlerine en az 6 ay bağlı kalmak zorundadır.
- Kişi 6 aylık süre dolduktan sonra istediği zaman aile hekimini değiştirebilir.
- Yeni bağlandığı aile hekimine de en az 6 ay bağlı kalmak zorundadır.

Kişilerin hekim değiştirmesinin usulü:

• Kişiler bağlı oldukları toplum sağlığı merkezine başvurarak matbu dilekçeyi doldururlar.

• Toplum sağlığı merkezleri ayın son günü mesai bitimine kadar kendilerine teslim edilen dilekçelere numara vererek takip eden ayın 1'i ile 10'u arasında

sonuçlandırır (ayın 10'u resmi tatil olursa takip eden ilk iş günü dikkate alınır). Sonuçlandırdığı dilekçelere ait bilgiyi toplu olarak içeren belgeyi sonraki 10 gün içinde İl Sağlık Müdürlüğü'ne ulaştırır. İl Sağlık Müdürlükleri bu işlemlere gerektiğinde müdahale hakkına sahiptir.

- Bu tarihler dışında gelen dilekçeler biriktirilip her ayın 1'i ile 10'u arasında değişim işlemi yapılır.
- Hekimlere yapılacak olan ücret tahakkukunda, kişi ay sonunda hangi hekime kayıtlıysa o hekime tahakkuku yapılır.

Kişilerin dilekçelerinden feragat etmeleri toplum sağlığı merkezinin işlemlere başlama tarihine (yani takip eden ayın ilk gününe) kadar mümkündür. Bu gibi durumlarda kişiden değişiklik dilekçesini geri almak istediğine dair yeni bir dilekçe alınarak gereği yapılır (Hekim Değiştirme Talimatı).

Ayrıca doktorlar da hastalarını kabul etmeyebilirler. Ancak bu belirli şartlara bağlanmıştır. Öncelikli şart, kişinin başka doktor alternatifinin bulunmasıdır. Diğer koşullar ise şunlardır: tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi- hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb.) belgelenmesi, hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması, taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır (SB, 2004: 80-81).

3.3.5. Hizmet Sürekliliğinin Sağlanması

Bireyi anne karnından ölümüne kadar takip etmekle görevli aile hekiminin en önemli özelliklerinden biri sürekli olmasıdır. Aile hekimliği sisteminin başarılı olmasının nedenini buna bağlamak mümkündür. Hekimlerin değişmesi görev yaptıkları bireyler açısından olumsuz sonuçlar doğuracaktır.

Bazı batı ülkelerinde bir aile hekiminin bir bireye verdiği hizmet süresi ortalama 10-12 yıl olarak hesap edilmiştir. Aile hekiminin bireyi, kişisel özellikleri, ailesi ve çevresi ile tanınması şarttır bunun için ise hizmette süreklilik büyük önem taşımaktadır.

Bu açıdan bakıldığında aile hekiminin izin aldığı durumlarda aile sağlığı merkezinde birden fazla hekimin görev yapması hizmet sürekliliğini sağlayacaktır. İzne ayrılan aile hekiminin yerine aynı çevre koşullarına sahip bireylere hizmet eden

ve çalışma arkadaşının hastası olan bireyle teması hem hekim açısından hem de birey açısından daha kolay olacaktır (Karadağ, 2007: 30).

Aile hekimliği uygulaması ile kayıtlı kişilerin sürekli olarak aynı doktor tarafından takip edilmesi hedeflenmiştir. Aile hekimi yıllık izne veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakacak olan geçici süreli aile hekimi Sağlık Müdürlüğünce atanmaktadır. Ayrıca hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli durumlarda bakanlık personeli görevlendirme suretiyle çalıştırabilmektedir.

Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları ile hizmetin devamlılığı sağlanır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde çalışma saatleri ile bağlı olmaksızın çalıştırılabileceği ifade edilmektedir (Ersoy, 2006: 37). Bununla birlikte çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığının sağlanması hedeflenmiştir.

İş veya tatil nedeni ile sürekli ikamet ettiği yerden en az iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile doktorundan “geçici bakım belgesi” almaktadır. Bu belgeyi geçici olarak gittiği yerde seçtiği aile doktoruna verir (Aydın, 2004: 82). Acil durumlarda kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden kayıt yaptırmaksızın sağlık hizmeti alır veya hastaneye sevk edilir. Aile hekimi bu konumdaki kişiler için herhangi bir ücret talep edemez (Ersoy, 2006: 36).

3.3.6. Çalışma Saatleri ve İzinler

Aile hekimliği uygulamasında hekimler ve sağlık personeli tam gün esasına göre yani haftada 40 saat mesai yapacak şekilde çalışırlar. Bu çalışma saati içine gezici sağlık hizmetleri ve ev ziyaretleri de dâhil edilir. Aile sağlığı merkezinin çalışma saatleri, kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak hekimler tarafından ayarlanıp yerel sağlık idaresince onaylanır ve herkesin görebileceği bir yere asılır. Aile hekimi ve sağlık personeli birinci basamak sağlık hizmetinin aksamadan yürütülmesinden sorumludurlar. Bu sorumluluğu resmi tatillerde ve mesai bitiminde aile hekimleri ve sağlık personelinin sayıları dikkate alınarak aktif nöbet uygulamaları ile hizmetin devamlılığını sağlarlar. Personel olağanüstü durum ve hallerde yangın, sel, deprem gibi mesai saatlerine bağlı kalmadan çalışırlar.

Bakanlıkça görevlendirilen sözleşmeli çalışan aile hekimleri ve aile sağığı elemanlarının yıllık izin süreleri 30 gündür. Mazeret sebebiyle 5 gün daha izin verilebilir. Bayan personel doğumdan önce sekiz, doğumdan sonra sekiz olmak üzere toplam on altı hafta süreyle izin verilir. Çoğul gebelikler de sekiz haftalık izin süresine iki hafta daha eklenir. Genel olarak ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeretleri nedeni ile uzun süre doktorluğa ara vermek zorunda olan aile hekimlerinin, durumlarını belgelemeleri şartıyla aile hekimliği uygulamasına dönme hakları saklı tutulur.

Görevlendirme ile çalışan aile hekimi ve aile sağığı elemanlarının izin kullanması halinde yerlerine Bakanlıkça geçici aile hekimi ve aile sağığı elemanı görevlendirilir. Yönetmelik gereğı yapılacak ödemeler, görevlendirilen personele çalışılan gün sayısına göre yapılır (Aile Hekimliği aktüel-bilimsel tıp dergisi, Eylül-Ekim 2006).

3.3.7. Sevk Sistemi ve Geribildirim

Sevk zincirinin sağlanması aile hekimliğinin en önemli özelliklerinden birisidir. Aile hekimi sağık sistemi bütüncül olarak ele almak durumundadır, böylelikle aynı zamanda danışmanlığını yaptığı hastası için uygun yönlendirme ile doğru olan ikinci basamak veya üçüncü basamak kuruluşu başvurusını sağlar. Bu durum da ikinci basamaklarda sürekli şikâyet edilen yığılmaların önüne geçilmiş olur. Basamaklar arasında etkili iletişimin sağlanması birçok durumda karşılıklı fayda sağlayacaktır. Bu durum sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağık hizmetlerinin gereksiz yere kullanımına engel olarak maliyetin düşmesi sağlanabilir. Sevk sisteminin etkili olmasının bir diğer getirisi ikinci ve üçüncü basamak hekimi ile etkili iletişim içerisinde olan aile hekimi hizmet verdiği bireyle alakalı olarak geri bildirim alır. Bu da hizmet sürekliliğinin devamlılığını sağlar (WHO Avrupa Bölge Ofisi, 1995: 6).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna göre, “aile hekiminin sevki olmaksızın sağık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır”(Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre, “aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Aile hekimi, yönlendiricilik özelliğine dayalı olarak aynı zamanda sağık sistemine giriş kapısını

oluşturduğu için hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verecek olan ilk mercidir. Hastayı gerekiyorsa sevk formu düzenleyerek sevk eder. Aile hekimi, sevk formuna, sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmakla yükümlüdür. Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sevki yalnızca aile hekimi yapabilir. Aile hekiminin ilgili olduğu hastasının durumu ile ilgili geri bildirimin üst basamaktan sağlanması zorunludur” (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete).

3.3.8. Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları

Aile sağlığı merkezleri sözleşme yapan doktorlar tarafından açılabilir. İlk olarak bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verirler. Bu durumun sağlanamaması halinde aile hekimleri çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verirler. Aile hekiminin gezici sağlık hizmeti belde ve köylerin tespitinde aynı güzergâhta ve birbirine yakın konumda olması gibi coğrafi özellikler dikkate alınmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezi kişilerin memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır. Sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür; bölgede yaşayan nüfus, ulaşım kolaylığı, halkın tercihi gibi seçeneklere göre il sağlık idareleri planlama yaparak belirlenecektir.

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının birlikte ekip olarak görev yapmalarına, tanımlanan hizmetlerin uygun olarak verilmesine ve kişilerin hizmete kolay erişimine imkân sağlayacak şekilde oluşturulacak olan fiziksel mekânların standartları Bakanlıkça belirlenecektir. Her aile hekiminin yanında çalışan en az bir adet aile sağlığı elemanı bulunmalıdır. Bu eleman ebe, hemşire, sağlık memuru veya acil tip teknisyeni olabilir. Hizmet yoğunluğu, kayıtlı kişi sayısı dikkate alınarak birden fazla eleman da tercih edilebilir. Kırsal bölgelerde aile sağlığı elemanının ebe olması daha uygun olur. Aile sağlığı elemanı aile hekiminin her alanda yardımcısıdır; tıbbî hizmetlerin yanında hasta kayıtları, istatistik tutulması gibi işlemleri de yapar. Hekimler tercihlerine göre temizlik elemanı çalıştırabilirler. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilmemişlerse, o

bölgenin bağlandığı aile hekimine hizmet yönünden bağlı, idari yönden de Sağlık Grup Başkanlığına bağlıdır.

“Aile sağlığı biriminin asgari fiziksel şartlar şöyle sıralanabilir:

- Bina; kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkânlarına sahip olmalı, toplam alanı bir aile hekimi için 60 metrekaredir. Birden fazla hekim birlikte çalışırsa her hekim için 20 metrekare eklenir.

- Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.

- Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.

- Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve girişimlerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Bu oda ayrıca ön muayene odası olarak da vital bulguların ve boy-kilo gibi ölçümlerin yapılması için kullanılabilir.

- Çalıştırılması plânlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır. Hasta kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro bulunmalıdır.

- Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır. (Aile Hekimliği aktüel-bilimsel tıp dergisi, 2006).

Aile sağlığı biriminde ayrıca asgari olarak aşağıdaki tıbbi malzemeler de bulundurulmalıdır.

- Stetoskop (erişkin ve çocuk için)
- Tansiyon aleti (gerekli manşonlarla birlikte)
- Otoskop
- Oftalmoskop
- Termometre
- Dil basacağı (tek kullanımlık)
- Işık kaynağı
- Snellen eşeli

- Küçük cerrahi seti
- Pansuman seti
- Jinekolojik muayene seti
- Muayene Masası
- Jinekolojik Muayene Masası
- Tartı (bebek,   ocuk ve erişkin boy)
- Boy   l  er (bebek,   ocuk ve erişkin boy)
- Mezura
- Refleks   ekici
- Keskin atık kabı
- Enjektör
- Hava yolu (airway)
- Ambu (erişkin ve   ocuk için)
- Oksijen tüpü (taşınabilir)
- Seyyar lamba
- Buzdolabı
- Paravan
- İlaç ve malzeme dolabı
- Temel acil ilaçlar (Bakanlıkça belirlenecek liste)''



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN VE HİZMETTEN YARARLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ: SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

4.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı, üniversite öğrencilerinin 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulamaya geçirilmiş olan Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki farkındalık düzeylerini ölçmek ve kullanım sıklıklarını ve hangi amaçlarla kullandıklarını belirleyebilmektir.

Ayrıca çalışmada ankete katılan öğrencilerin Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki farkındalık düzeyleri ve kullanımlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenecektir.

4.2. Araştırmanın Önemi

Aile hekimleri sağlık ve hastalık durumlarında danışmanlık görevini gerçekleştirir ve sevk zincirini koordine eder. Böylelikle sağlık sorununun hangi birim ile ilgili olduğunu ve nereye başvurması gerektiğini bilmeyen bireyin uygun birime gitmesini sağlar. Günümüzde birinci basamakta çözümlenecek en küçük sağlık sorununun bile hastaların yönlendirilmemesinden, ya da hastaların hiçbir sınırlamaya tabi tutulmamasından dolayı hastanelerde yığılmalara yol açtığı bilinmektedir. Sağlık sistemine ilk girişin yapılacağı bu aşamada aile hekiminin yönlendiriciliği sağlık sonuçları, sağlık işleyişi ve maliyet açısından önemli ölçüde getiri sağlayacaktır.

Bu çalışmada ortalama 18-22 yaş grubunda olan ve çalışma ve aile hayatına hazırlanan bireyler olarak düşünülen üniversite öğrencilerinin Aile Hekimliği Sistemi

hakkındaki farkındalık ve kullanım düzeylerinin belirlenmesiyle hem literatüre katkı verilebileceği hem de sağlık politika yapıcıları ve yönlendiricilerine Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili daha etkili kullanım sağlayabilmeleri ve topluma yönelik bilgilendirme yapabilmeleri için bazı önerilerde bulunulabileceği düşünülmektedir.

4.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama amacıyla anket tekniği kullanılmıştır. Anketlerle ilgili ulusal ve uluslararası literatür taranmış, daha önce yapılmış olan ve geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş ölçeklerden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır.

Anket başlıca iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise katılımcıların aile hekimliği hakkında farkındalık düzeylerini, aile hekimliğini kullanım sıklıklarını ve kullanım nedenlerini ölçen 9 soru yer almaktadır.

Ankete son şekli verilmeden önce bir grup öğrenci ile ön çalışma yapılmış, anlaşılmayan veya yanlış anlaşılan sorular düzeltilmiştir. Daha sonra alanda çalışan öğretim üyelerinin görüşleri de alınarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

4.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ekim-Aralık aylarında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi merkez kampüsünde okuyan tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Evren çok büyük olduğu, tamamına ulaşılabilir olmadığı ve zaman kısıtı dolayısıyla örneklem seçimine gidilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumlardan izinler alınmış ve veri toplama araçlarının uygulanması araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Anketler tüm öğrencilere sözel olarak çalışma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak ve çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı vurgulanarak, teker teker verilmiştir. Öğrencilerin bir kısmı anketi hemen doldurarak teslim etmiş, bir kısmı ise daha sonraki günler için randevu vermiş ve belirlenen günlerde tekrar ziyaret edilerek anketler toplanmıştır.

Anılan tarihlerde Cumhuriyet Üniversitesi merkez kampüsünde kayıtlı öğrenci sayısı 37.440'dır ve bu öğrencilerin 17.269'u bayan 20.351'i erkektir. Yapılan hesaplamalarda %95 güven seviyesinde örneklem büyüklüğünün 381 kişi olduğu bulunmuştur. Tabakalı örneklem metoduna göre olması gereken örneklem büyüklüğü yaklaşık 176 bayan öğrenci, 205 erkek öğrenciden oluşmaktadır. Toplam 450 anket uygulanmış, toplanan anketlerden 14 tanesi eksik ya da yanlış doldurma nedeniyle çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Sonuçta tam ve doğru olarak doldurulan 436 anket analize alınmıştır.

4.5. Araştırmanın Modeli Ve Hipotezleri

Araştırma üniversite öğrencilerinin aile hekimliği hakkındaki farkındalık düzeylerini, kullanım sıklıklarını ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın amacına doğrultusunda hipotezler şu şekilde geliştirilmiştir.

H₁: Aile Hekimliği Sistemine ilişkin farkındalık düzeyi öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂: Aile Hekimine başvurma sayısı öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₃: Aile Hekimine başvurma nedeni öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄: Aile Hekimliği Sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile Aile Hekimine başvurma sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₅: Aile Hekimliği Sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile Aile Hekimine başvurma nedeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.6. Araştırmanın Bulguları

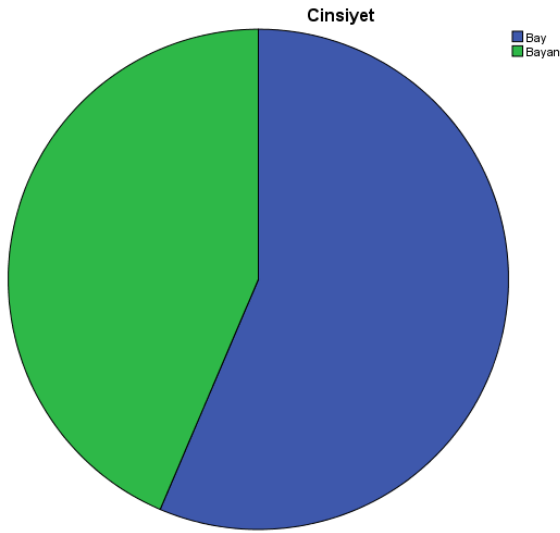
Bu bölümde araştırmada elde edilen verilerle yapılan istatistiksel analiz sonucunda ulaşılan bulgulara yer verilmiştir.

4.6.1. Araştırmaya katılanların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1. araştırmaya katılanların cinsiyete göre frekans ve yüzde dağılımlarını (%) göstermektedir. Araştırmaya katılan toplam öğrenci sayısı 436'dır. Ankete katılan öğrencilerin 246'sı (%56,4) erkek, 190'ı (%43,6) kadındır.

Tablo 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kadın	190	43,6
Erkek	246	56,4

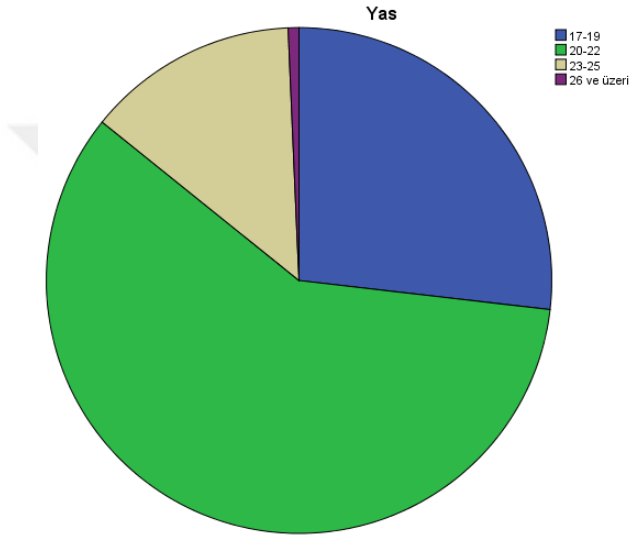


Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım grafiği

Tablo 4.2. araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 117'si (%26,8) 17-19 yaş aralığında, 257'si (%58,9) 20-22 yaş aralığında, 59'u (%13,5) 23-25 yaş aralığında, 3'ü (%0,7) ise 26 yaş ve üzerindedir.

Tablo 4.2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	Frekans (n)	Yüzde (%)
17-19	117	26,8
20-22	257	58,9
23-25	59	13,5
26 ve üzeri	3	0,7

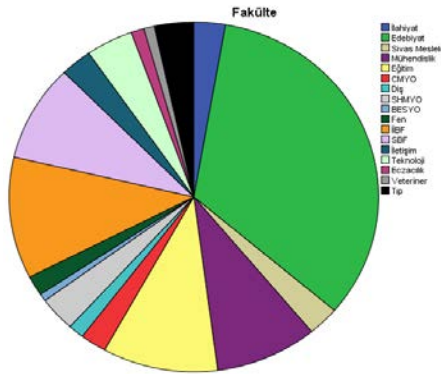


Şekil 4.2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılım grafiği

Tablo 4.3. araştırmaya katılanların öğrenim görmekte oldukları fakülte/yüksekokula göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 79'u (%18,0) sağlık alanında eğitim veren fakülte/yüksekokullarda, 357'si (%82,0) ise diğer fakülte/yüksekokullarda öğrenim görmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokula göre dağılımları

Fakülte / Yüksekokul	Frekans (n)	Yüzde (%)
Diş Hekimliği Fak.	6	1,4
Sağ.Hiz. MYO	14	3,2
Sağlık Bilimleri Fak.	39	8,9
Eczacılık Fak.	5	1,1
Tıp Fak.	15	3,4
Sağlık Eğitimi Toplam	79	18,0
İlahiyat Fak.	12	2,8
Edebiyat Fak.	146	33,5
Sivas MYO	12	2,8
Mühendislik Fak.	39	8,9
Eğitim Fak.	44	10,1
Cumhuriyet MYO	10	2,3
Bed.Eğit. ve Spor YO	3	0,7
Fen Fak.	8	1,8
İkt. İdari Bil. Fak.	49	11,2
İletişim Fak.	12	2,8
Teknoloji Fak.	18	4,1
Veteriner Fak.	4	0,9
Diğer Toplam	357	82

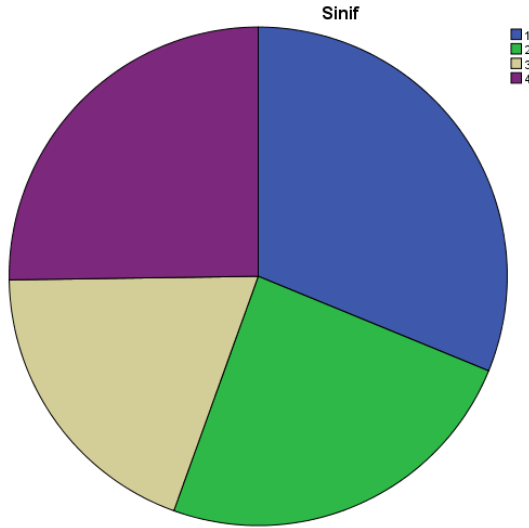


Şekil 4.3. Katılımcıların öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokula göre dağılım grafiği

Tablo 4.4. araştırmaya katılanların öğrenim görmekte oldukları sınıfa göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 136'sı (%31,2) birinci sınıf, 106'sı (%24,3) 2.sınıf, 84'ü (%19,3) üçüncü sınıf, 110'u (%25,2) ise dördüncü sınıf öğrencisidir.

Tablo 4.4. Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıfa göre dağılımları

Sınıf	Frekans (n)	Yüzde (%)
1. Sınıf	136	31,2
2. Sınıf	106	24,3
3. Sınıf	84	19,3
4. Sınıf	110	25,2

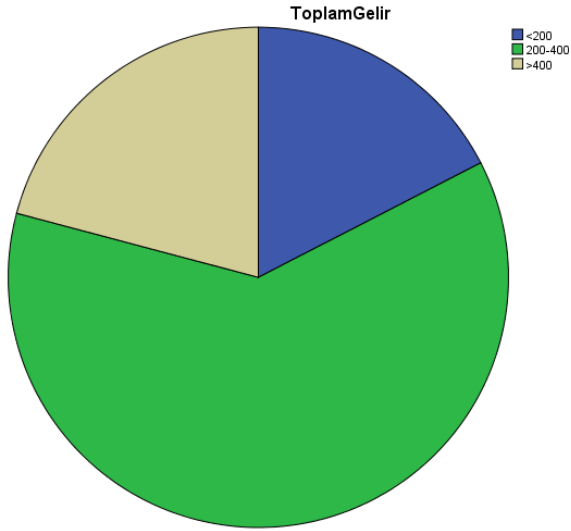


Şekil 4.4. Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıfa göre dağılım grafiğı

Tablo 4.5. araştırmaya katılanların aylık ortalama gelirlerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 76'sı (%17,4) aylık 200 TL'den az, 259'u (%61,7) 200-400 TL arasında, 91'i (%20,9) ise 400 TL'den fazla aylık gelire sahiptir.

Tablo 4.5. Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları

Gelir	Frekans (n)	Yüzde (%)
200 TL'den az	76	17,4
200-400 TL	259	61,7
400 TL'den fazla	91	20,9

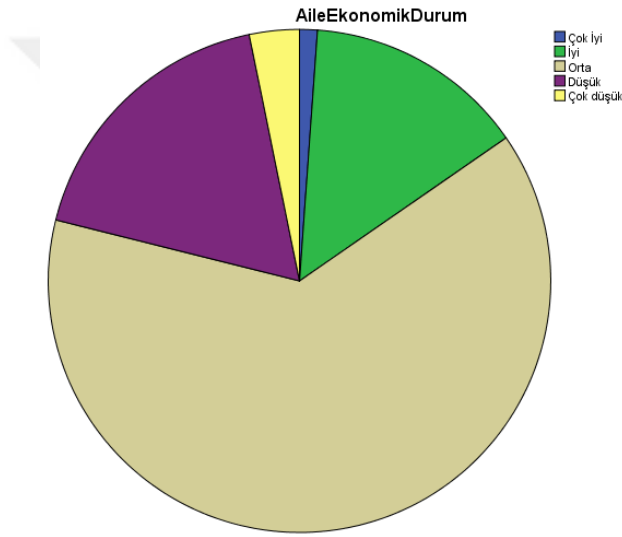


Şekil 4.5. Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılım grafiği

Tablo 4.6. araştırmaya katılanların ailelerinin ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 5'i (%1,1) çok iyi, 62'si (%14,2) iyi, 277'si (%63,5) orta, 78'i (%17,9) düşük, 14'ü (%3,2) ise çok düşük olarak değerlendirmektedir.

Tablo 4.6. Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre dağılımları

Ekonomik Durum	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çok İyi	5	1,1
İyi	62	14,2
Orta	277	63,5
Düşük	78	17,9
Çok Düşük	14	3,2

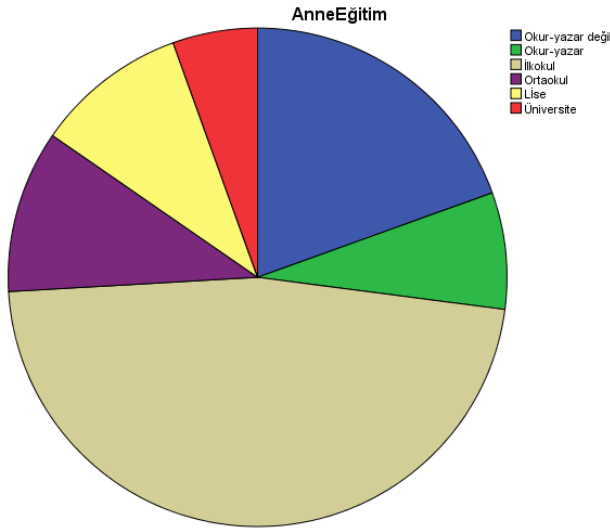


Şekil 4.6. Katılımcıların ailelerinin ekonomik durumunu değerlendirmelerine göre dağılım grafiği

Tablo 4.7. araştırmaya katılanların annelerinin eğitim durumuna göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin 85'i (%19,5) okur-yazar değil, 33'ü (%7,6) okur-yazar, 205'i (%47,0) ilkokul mezunu, 46'sı (%10,6) ortaokul mezunu, 43'ü (%9,9) lise mezunu, 24'ü (%5,5) ise üniversite mezunudur.

Tablo 4.7. Katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre dağılımları

Anne Eğitim Durumu	Frekans (n)	Yüzde(%)
Okur-Yazar Değil	85	19,5
Okur-Yazar	33	7,6
İlkokul Mezunu	205	47,0
Ortaokul Mezunu	46	10,6
Lise Mezunu	43	9,9
Üniversite Mezunu	24	5,5

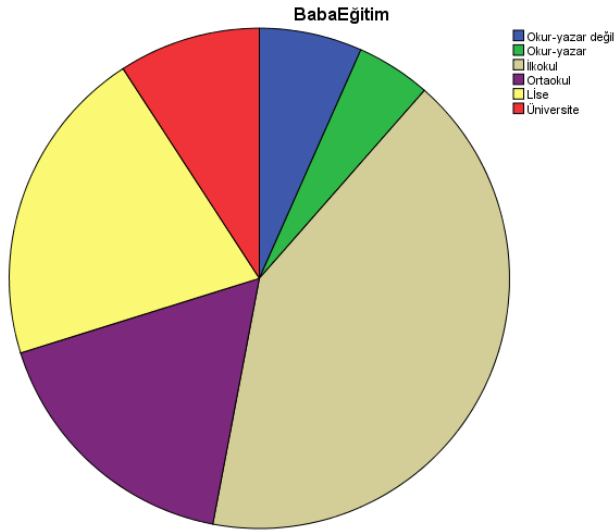


Şekil 4.7. Katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre dağılım grafiği

Tablo 4.8. araştırmaya katılanların babalarının eğitim durumuna göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının 29'u (%6,7) okur-yazar değil, 21'i (%4,8) okur-yazar, 181'i (%41,5) ilkokul mezunu, 75'i (%17,2) ortaokul mezunu, 90'ı (%20,6) lise mezunu, 40'ı (%9,2) ise üniversite mezunudur.

Tablo 4.8. Katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre dağılımları

Baba Eğitim Durumu	Frekans (n)	Yüzde(%)
Okur-Yazar Değil	29	6,7
Okur-Yazar	21	4,8
İlkokul Mezunu	181	41,5
Ortaokul Mezunu	75	17,2
Lise Mezunu	90	20,6
Üniversite Mezunu	40	9,2

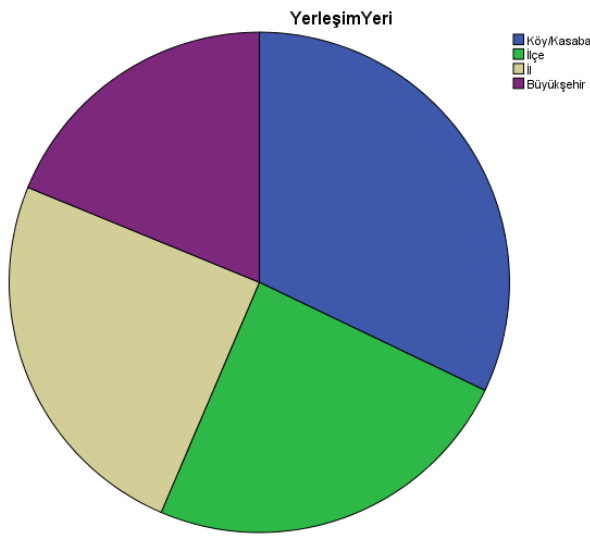


Şekil 4.8. Katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre dağılım grafiği

Tablo 4.9. araştırmaya katılanların hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 140'ı (%32,1) köy/kasabada, 106'sı (%24,3) ilçede, 108'i (%24,8) ilde, 82'si (%18,8) ise büyükşehirde yaşamışlardır.

Tablo 4.9. Katılımcıların hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre dağılımları

Yerleşim Yeri Türü	Frekans (n)	Yüzde (%)
Köy/Kasaba	140	32,1
İlçe	106	24,3
İl	108	24,8
Büyükşehir	82	18,8



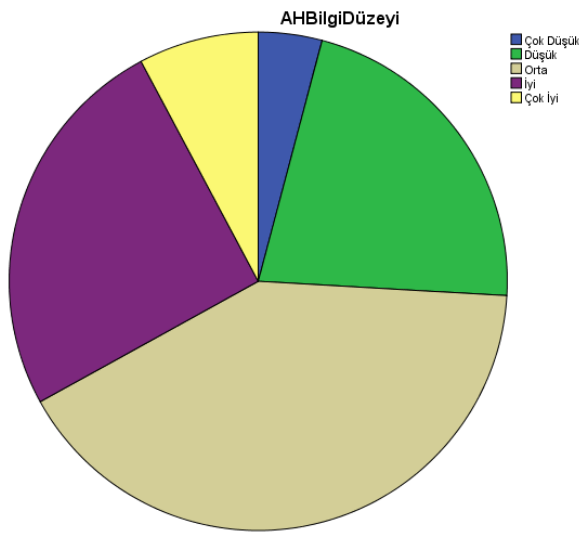
Şekil 4.9. Katılımcıların hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre dağılım grafiği

4.6.2. Araştırmaya katılan öğrencilerin aile hekimliği hakkında farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenlerine ilişkin bulgular

Tablo 4.10. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmelerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 18'i (%4,1) çok düşük, 95'i (%21,8) düşük, 179'u (%41,1) orta, 110'u (%25,2) iyi, 34'ü (%7,8) ise çok iyi düzeyde bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.10. Katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmelerine göre dağılımları

Bilgi Düzeyi	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çok Düşük	18	4,1
Düşük	95	21,8
Orta	179	41,1
İyi	110	25,2
Çok İyi	34	7,8

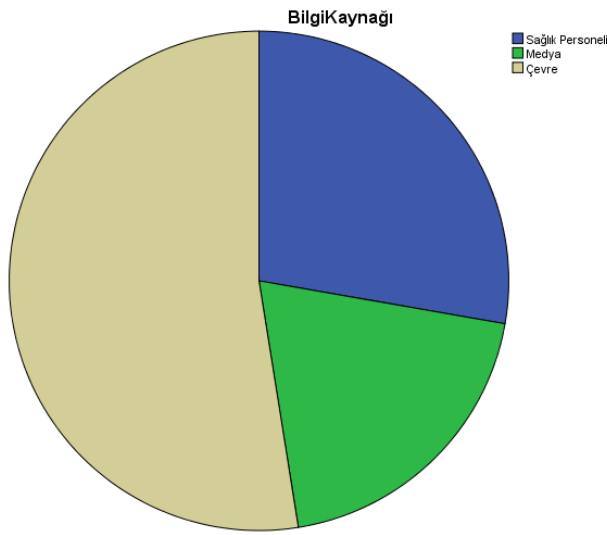


Şekil 4.10. Katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmelerine göre dağılım grafiği

Tablo 4.11. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine hakkında bilgi edinme kaynaklarına göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 121'i (%27,8) sağlık personellerinden, 86'sı (%19,7) medyadan, 229'u (%52,5) ise çevrelerinden aile hekimliği hakkında bilgi edindiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.11. Katılımcıların aile hekimliği sistemine hakkında bilgi edinme kaynaklarına göre dağılımları

Bilgi Kaynağı	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sağlık Personeli	121	27,8
Medya	86	19,7
Çevre	229	52,5

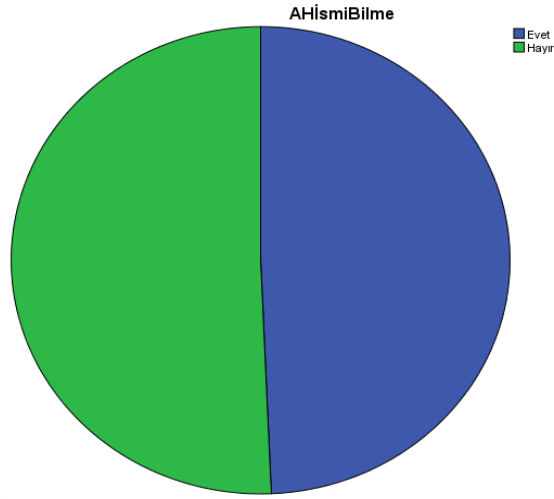


Şekil 4.11. Katılımcıların aile hekimliği sistemine hakkında bilgi edinme kaynaklarına göre dağılım grafiği

Tablo 4.12. araştırmaya katılanların aile hekimlerinin ismini bilmelerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 215'i (%49,3) aile hekimlerinin ismini bilirken, 221'i (%50,7) bilmemektedir.

Tablo 4.12. Katılımcıların aile hekimlerinin ismini bilmelerine göre dağılımları

Aile hekimini ismini biliyor musunuz?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	215	49,3
Hayır	221	50,7

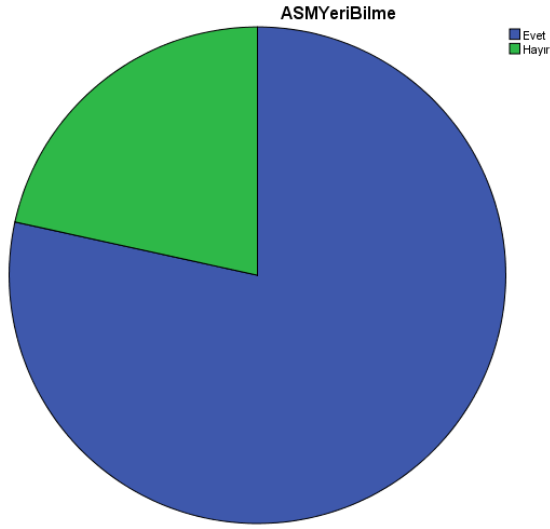


Şekil 4.12. Katılımcıların aile hekimlerinin ismini bilmelerine göre dağılım grafiği

Tablo 4.13. araştırmaya katılanların bağlı oldukları aile sağlığı Merkezinin yerini bilmelerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 342'si (%78,4) bağlı oldukları aile sağlığı Merkezinin yerini bilirken, 94'ü (%21,6) bilmemektedir.

Tablo 4.13 Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı Merkezinin yerini bilmelerine göre dağılımları

Bağlı olduğunuz ASM'nin yerini biliyor musunuz?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	342	78,4
Hayır	94	21,6

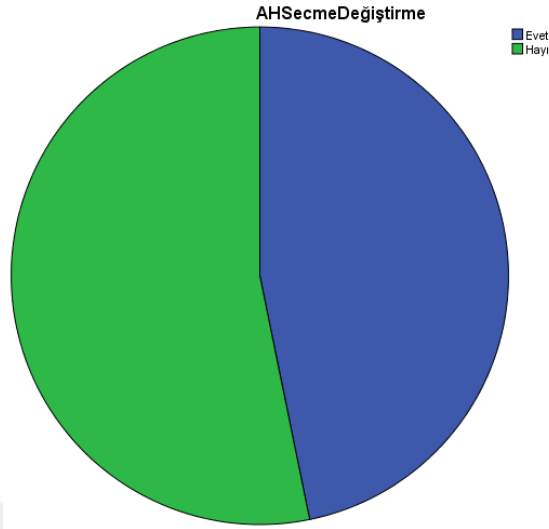


Şekil 4.13. Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı Merkezinin yerini bilmelerine göre dağılım grafiği

Tablo 4.14. araştırmaya katılanların aile hekimlerini seçme/değiştirme hakları konusunda bilgi sahibi olup olmadıklarına göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 204'ü (%46,8) aile hekimlerini seçme/değiştirme haklarının olduğunu bilirken, 232'si (%53,2) bilmemektedir.

Tablo 4.14. Katılımcıların aile hekimlerini seçme/değiştirme hakları konusunda bilgi sahibi olup olmamalarına göre dağılımları

Aile Hekiminizi seçme/değiştirme hakkınız konusunda bilginiz var mı?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	204	46,8
Hayır	232	53,2

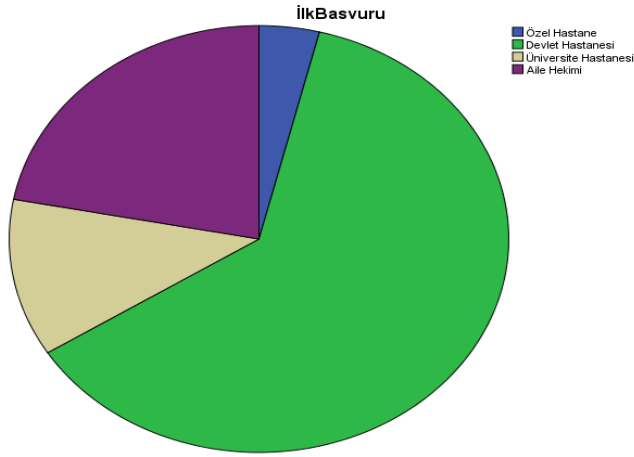


Şekil 4.14. Katılımcıların aile hekimlerini seçme/değıştirme hakları konusunda bilgi sahibi olup olmamalarına göre dağılım grafiğı

Tablo 4.15. araştırmaya katılanların bir sağık sorunuyla karşılaştıklarında ilk olarak başvurdukları sağık kurumuna göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 17'si (%3,9) özel hastaneye, 271'i (%62,2) devlet hastanesine, 52'si (%11,9) üniversite hastanesine, 96'sı (%22,0) ise aile hekimine başvurmaktadır.

Tablo 4.15. Katılımcıların bir sağık sorunuyla karşılaştıklarında ilk olarak başvurdukları sağık kurumuna göre dağılımları

Sağık Kurumu	Frekans (n)	Yüzde (%)
Özel Hastane	17	3,9
Devlet Hastanesi	271	62,2
Üniversite Hastanesi	52	11,9
Aile Hekimi	96	22,0

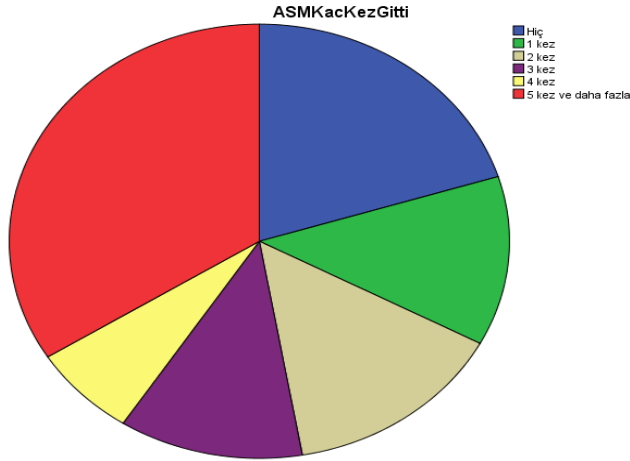


Şekil 4.15. Katılımcıların bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk olarak başvurdukları sağlık kurumuna göre dağılım grafiği

Tablo 4.16. araştırmaya katılanların bağlı oldukları aile sağlığı merkezine gitme sayılarına göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 88'i (%20,2) hiç gitmediğini söylerken, 55'i (%12,6) bir kez, 63'ü (%14,4) iki kez, 52'si (%11,9) üç kez, 30'u (%6,9) dört kez, 148'i (%33,9) ise 5 kez ve daha fazla gittiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.16. Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezine gitme sayılarına göre dağılımları

ASM'ye gitme sayısı	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hiç	88	20,2
1 Kez	55	12,6
2 Kez	63	14,4
3 Kez	52	11,9
4 Kez	30	6,9
5 Kez ve daha fazla	148	33,9

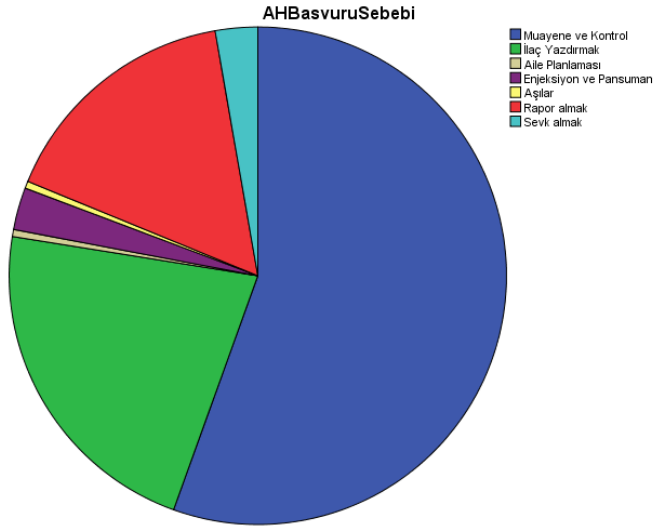


Şekil 4.16. Katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezine gitme sayılarına göre dağılım grafiği

Tablo 4.17. araştırmaya katılanların aile hekimine başvurma nedenlerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 242'si (%55,5) muayene ve kontrol, 96'sı (%22,0) ilaç yazdırmak, 2'si (%0,5) aile planlaması, 12'si (%2,8) enjeksiyon veya pansuman, 2'si (%0,5) aşılar, 70'i (%16,1) rapor almak, 12'si (%2,8) ise sevk almak için gittiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.17. Katılımcıların aile hekimine başvurma nedenlerine göre dağılımları

AH'ne başvurma nedeni	Frekans (n)	Yüzde (%)
Muayene ve Kontrol	242	55,5
İlaç Yazdırma	96	22,0
Aile Planlaması	2	0,5
Enjeksiyon veya Pansuman	12	2,8
Aşılar	2	0,5
Rapor Almak	70	16,1
Sevk Almak	12	2,8



Şekil 4.17. Katılımcıların aile hekimine başvurma nedenlerine göre dağılım grafiği

4.6.3. Kişisel özellikler ile aile hekimliği hakkında farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki farklılığın analizine ilişkin bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimliği sistemi hakkındaki farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçeleri arasındaki farklılık analiz edilmiştir. Analiz yapılırken çapraz tablolar ve Ki-kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Ki-kare değeri 0,05'den küçük olan farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilirken, büyük olanlar istatistiksel olarak anlamsız kabul edilmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların farkındalık düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

		Bay		Bayan		Ki-Kare Değeri
		n	%	n	%	
Bilgi Kaynağı	Sağlık Personeli	50	41,3	71	58,7	p=0,000
	Medya	60	69,8	26	30,2	
	Çevre	136	59,4	93	40,6	
AH İsmi Bilme	Evet	104	48,4	111	51,6	p=0,001
	Hayır	142	64,3	79	35,7	
AH Seçme Değiştirme Hakkını Bilme	Evet	104	51	100	49	p=0,032
	Hayır	142	61,2	90	38,8	
ASM Başvuru Nedeni	Muayene/Kontrol	130	53,7	112	46,3	p=0,002
	İlaç Yazdırma	50	52,1	46	47,9	
	Aile Planlaması	0	0,0	2	100,0	
	Enjeksiyon ve Pansuman	10	83,3	2	16,7	
	Aşılar	0	0,0	2	100,0	
	Rapor Almak	44	62,9	26	37,1	
	Sevk Almak	12	100,0	0	0,0	

Tablo 4.18. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçelerinin cinsiyete göre farklılıklarını göstermektedir. Analiz yapılırken Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini elde ettikleri kaynaklar, aile hekimlerinin isimlerini bilme durumları, aile hekimlerini seçme değiştirme haklarını bilme durumları ve aile sağlığı merkezlerine başvuru nedenleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$); aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirmeleri, bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bilme durumları, bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvuru yaptıkları sağlık kurumu ve aile sağlığı merkezine gitme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Katılımcıların farkındalık düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		17-19 Yaş		20-22 Yaş		23-25 Yaş		26 Yaş ve üzeri		Ki-Kare Değeri
		n	%	n	%	n	%	n	%	
ASM Yeri Bilme	Evet	80	23,4	208	60,8	51	14,9	3	0,9	p=0,012
	Hayır	37	39,4	49	52,1	8	8,5	0	0,0	
AH Seçme Değiştirme Hakkını Bilme	Evet	36	17,6	134	65,7	34	16,7	0	0,0	p=0,000
	Hayır	81	34,9	123	53,0	25	10,8	3	1,3	
ASM'ye Başvuru Sayısı	Hiç	30	34,1	44	50,0	11	12,5	3	3,4	p=0,010
	1 Kez	19	34,5	27	49,1	9	16,4	0	0,0	
	2 Kez	19	30,2	31	49,2	13	20,6	0	0,0	
	3 Kez	7	13,5	37	71,2	8	15,4	0	0,0	
	4 Kez	6	20,0	22	73,3	2	6,7	0	0,0	
	5 Kez ve Fazla	36	24,3	96	64,9	16	10,8	0	0,0	
ASM Başvuru Nedeni	Muayene/Kontrol	69	28,5	151	62,4	21	8,7	1	0,4	p=0,000
	İlaç Yazdırma	23	24,0	45	46,9	28	29,2	0	0,0	
	Aile Planlaması	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Enjeksiyon ve Pansuman	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	
	Aşılar	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	
	Rapor Almak	22	31,4	42	60,0	4	5,7	2	2,9	
	Sevk Almak	2	16,7	6	50,0	4	33,3	0	0,0	

Tablo 4.19. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçelerinin yaş gruplarına göre farklılıklarını göstermektedir. Analiz yapılırken Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bilme durumları, aile hekimlerini seçme değiştirme haklarını bilme durumları, aile sağlığı merkezine gitme sayıları ve aile sağlığı merkezlerine başvuru nedenleri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$); aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini elde ettikleri kaynaklar, aile hekimlerinin isimlerini bilme durumları, aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirmeleri ve bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvuru yaptıkları sağlık kurumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Katılımcıların farkındalık düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin eğitim gördükleri fakültelere göre karşılaştırılması

		Sağlık Alanında Eğitim Alan		Diğer Alanlarda Eğitim Alan		Ki-Kare Değeri
		n	%	n	%	
Bilgi Düzeyi	Çok Düşük	1	5,6	17	94,4	p=0,001
	Düşük	11	11,6	84	88,4	
	Orta	28	15,6	151	84,4	
	İyi	25	22,7	85	77,3	
	Çok İyi	14	41,2	20	58,8	
Bilgi Kaynağı	Sağlık Personeli	40	33,1	81	66,9	p=0,000
	Medya	7	8,1	79	91,9	
	Çevre	32	14,0	197	86,0	
ASM'ye Başvuru Sayısı	Hiç	13	14,8	75	85,2	p=0,009
	1 Kez	4	7,3	51	92,7	
	2 Kez	13	20,6	50	79,4	
	3 Kez	11	21,2	41	78,8	
	4 Kez	12	40,0	18	60,0	
	5 Kez ve Fazla	26	17,6	122	82,4	
ASM Başvuru Nedeni	Muayene/Kontrol	34	14,0	208	86,0	p=0,000
	İlaç Yazdırma	23	24,0	73	76,0	
	Aile Planlaması	1	50,0	1	50,0	
	Enjeksiyon ve Pansuman	7	58,3	5	41,7	
	Aşılar	2	100,0	0	0,0	
	Rapor Almak	12	17,1	58	82,9	
	Sevk Almak	0	0,0	12	100,0	

Tablo 4.20. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçelerinin eğitim gördükleri fakültelere göre farklılıklarını göstermektedir. Analiz yapılırken Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri, aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini elde ettikleri kaynaklar, aile sağlığı merkezine gitme sayıları ve aile sağlığı merkezlerine başvuru nedenleri eğitim gördükleri fakültelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$) bağlı oldukları aile sağlığı Merkezinin yerini bilme durumları, aile hekimlerini seçme değiştirme haklarını bilme durumları, aile hekimlerinin isimlerini bilme durumları ve bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvuru yaptıkları sağlık kurumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Katılımcıların farkındalık düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin aylık gelirlerine göre karşılaştırılması

		200 TL'den az		201-400 TL		400 TL'den fazla		Ki-Kare Değeri
		n	%	n	%	n	%	
Bilgi Düzeyi	Çok Düşük	12	66,7	5	27,8	1	5,6	p=0,000
	Düşük	23	24,2	59	62,1	13	13,7	
	Orta	26	14,5	113	63,1	40	22,3	
	İyi	12	10,9	72	65,5	26	23,6	
	Çok İyi	3	8,8	20	58,8	11	32,4	
Bilgi Kaynağı	Sağlık Personeli	12	9,9	74	61,2	35	28,9	p=0,016
	Medya	16	18,6	58	67,4	12	14,0	
	Çevre	48	21,0	137	59,8	44	19,2	
ASM Yeri Bilme	Evet	48	14,0	233	68,1	61	17,8	p=0,000
	Hayır	28	29,8	36	38,3	30	31,9	
AH Seçme Değiştirme Hakkını Bilme	Evet	25	12,3	129	63,2	50	24,5	p=0,014
	Hayır	51	22,0	140	60,3	41	17,7	

Tablo 4.21. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçelerinin aylık gelirlerine göre farklılıklarını göstermektedir. Analiz yapılırken Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri, aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini elde ettikleri kaynaklar, bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bilme durumları ve aile hekimlerini seçme değiştirme haklarını bilme durumları aylık gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$); aile hekimlerinin isimlerini bilme durumları, bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvuru yaptıkları sağlık kurumu, aile sağlığı merkezine gitme sayıları ve aile sağlığı merkezlerine başvuru nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.22. Katılımcıların farkındalık düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin ailelerinin sosyo-ekonomik durumlarına göre karşılaştırılması

		Çok İyi		İyi		Orta		Düşük		Çok Düşük		Ki-Kare Değeri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bilgi Düzeyi	Çok Düşük	0	0,0	0	0,0	11	61,1	1	5,6	6	33,3	p=0,000
	Düşük	3	60,0	8	8,4	61	64,2	23	24,2	0	0,0	
	Orta	0	0,0	22	12,3	116	64,8	37	20,7	4	2,2	
	İyi	2	40,0	22	20,0	71	64,5	15	13,6	0	0,0	
	Çok İyi	0	0,0	10	29,4	18	52,9	2	5,9	4	11,8	
AH İsmi Bilme	Evet	1	20,0	41	19,1	124	57,7	45	20,9	4	1,9	p=0,004
	Hayır	4	80,0	21	9,5	153	69,2	33	14,9	10	4,5	
ASM Yeri Bilme	Evet	3	0,9	54	15,8	216	63,2	65	19,0	4	1,2	p=0,000
	Hayır	2	2,1	8	8,5	61	64,9	13	13,8	10	10,6	
İlk Başvurulan Sağlık Kurumu	Özel Hastane	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	0	0,0	p=0,000
	Devlet Hastanesi	1	0,4	37	13,7	171	63,1	54	19,9	8	3,0	
	Üniversite Hastanesi	4	7,7	6	11,5	29	55,8	7	13,5	6	11,5	
	Aile Hekimi	0	0,0	17	17,7	62	64,6	17	17,7	0	0,0	

Tablo 4.22. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçelerinin ailelerinin sosyo-ekonomik düzeylerine göre farklılıklarını göstermektedir. Analiz yapılırken Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri, aile hekimlerinin isimlerini bilme durumları, bağlı oldukları aile sağlığı merkezinin yerini bilme durumları ve bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvuru yaptıkları sağlık kurumu ailelerinin sosyo-ekonomik düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$); aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini elde ettikleri kaynaklar, aile hekimlerini seçme değiştirme haklarını bilme durumları, aile sağlığı merkezine gitme sayıları ve aile sağlığı merkezlerine başvuru nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.23. Katılımcıların farkındalık düzeyleri, kullanma sıklıkları ve kullanma gerekçelerinin hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre karşılaştırılması

		Köy/Kasaba		İlçe		İl		Büyükşehir		Ki-Kare Değeri
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Bilgi Düzeyi	Çok Düşük	10	55,6	3	16,7	3	16,7	2	11,1	p=0,002
	Düşük	39	41,1	27	28,4	20	21,1	9	9,5	
	Orta	55	30,7	47	26,3	50	27,9	27	15,1	
	İyi	27	24,5	20	18,2	29	26,4	34	30,9	
	Çok İyi	9	26,5	9	26,5	6	17,6	10	29,4	
AH İsmi Bilme	Evet	42	19,5	60	27,9	66	30,7	47	21,9	p=0,000
	Hayır	98	44,3	46	20,8	42	19,0	35	15,8	
AH Seçme Değiştirme Hakkını Bilme	Evet	52	25,5	51	25,0	59	28,9	42	20,6	p=0,035
	Hayır	88	37,9	55	23,7	49	21,1	40	17,2	
ASM'ye Başvuru Sayısı	Hiç	43	48,9	16	18,2	19	21,6	10	11,4	p=0,000
	1 Kez	17	30,9	14	25,5	15	27,3	9	16,4	
	2 Kez	21	33,3	16	25,4	13	20,6	13	20,6	
	3 Kez	15	28,8	16	30,8	7	13,5	14	26,9	
	4 Kez	16	53,3	7	23,3	6	20,0	1	3,3	
	5 Kez ve Fazla	28	18,9	37	25,0	48	32,4	35	23,6	

Tablo 4.23. araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyleri, aile hekimliğini kullanma sıklıkları ve aile hekimliğini kullanma gerekçelerinin hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre farklılıklarını göstermektedir. Analiz yapılırken Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri, aile hekimlerinin isimlerini bilme durumları, aile hekimlerini seçme değiştirme haklarını bilme durumları ve aile sağlığı merkezine gitme sayıları hayatlarının büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$); aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini elde ettikleri kaynaklar, bağlı oldukları aile sağlığı Merkezinin yerini bilme durumları, bir

sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvuru yaptıkları sağlık kurumu ve aile sağlığı merkezlerine başvuru nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.6.4. Aile hekimliği hakkında farkındalık düzeyi ile aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki ilişkinin analizine ait bulgular

Değişkenlerin bağımlı veya bağımsız olmasına bakılmaksızın aralarındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek amacıyla yapılan analiz “korelasyon analizi”dir. Pearson korelasyon katsayısı, aralıklı ölçekte ölçülmüş olan değişkenlerin arasındaki doğrusal ilişkinin derecesinin ve yönünün belirlenmesinde en sık kullanılan katsayıdır. Fakat bu ilişki neden-sonuç ilişkisi olmak zorunda değildir. Korelasyon katsayısı, “r” ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında değerler alır. Korelasyon katsayısı değeri 0’a yaklaştıkça değişkenler arasındaki ilişki zayıflamakta, 1’e yaklaştıkça ise değişkenler arasındaki doğrusal ilişki güçlenmektedir. Korelasyon katsayısının işareti ilişkinin yönünü gösterir. (-) işareti değişkenler arasında ters yönlü ilişkiyi gösterirken, (+) işareti değişkenler arasında aynı yönlü ilişkiyi göstermektedir. Korelasyon katsayısının büyüklük bakımından yorumlanmasında üzerinde tam olarak anlaşılan aralıklar bulunmamakla birlikte, korelasyon katsayısının mutlak değer olarak 0,00 ile 0,30 arasında olması düşük, 0,30 ile 0,70 arasında olması orta ve 0,70 ile 1,00 arasında olması ise yüksek düzeyde bir ilişkiye işaret etmektedir (Sipahi ve diğerleri, 2010).

Tablo 4.24. Aile hekimliği hakkında farkındalık düzeyi ile aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları

		AH’ ne Başvuru Sayısı	AH’ ne Başvuru Nedeni
AH Sistemi Hakkında Farkındalık Düzeyi	r	0,404	-0,52
	p	0,000*	0,281
	N	436	436

* $p<0,01$ anlamlı ilişki, r= korelasyon katsayısı, n= frekans

Tablo 4.24. Aile hekimliği hakkında farkındalık düzeyi ile aile hekimliğini kullanım sıklıkları ve kullanım nedenleri arasındaki ilişkileri göstermektedir. Aile hekimliği sistemi hakkındaki farkındalık düzeyi ile aile hekimliğini kullanım sıklığı arasında orta düzeyli ($r=0,404$) ve aynı yönlü ilişkiler bulunmuştur ve bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Aile hekimliği sistemi hakkındaki farkındalık düzeyi arttıkça, aile hekimliğini kullanım sıklığı da artmaktadır. Aile hekimliği sistemi hakkındaki farkındalık düzeyi ile aile hekimine başvuru nedenleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,01$).

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında hipotezlerin kabul/ret durumları Tablo 4.25' de özet olarak verilmiştir.

Tablo 4.25. Araştırma hipotezlerinin kabul/ret durumları

	HİPOTEZ	SONUÇ
1	Aile Hekimliği Sistemine ilişkin farkındalık düzeyi öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KISMEN KABUL
2	Aile Hekimine başvurma sayısı öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KISMEN KABUL
3	Aile Hekimine başvurma nedeni öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.	KISMEN KABUL
4	Aile Hekimliği Sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile Aile Hekimine başvurma sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
5	Aile Hekimliği Sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile Aile Hekimine başvurma nedeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.	RED

SONUÇ

İnsan, ruh ve beden bütünlüğü içerisinde muhteşem bir sistem çerçevesinde donatılmış özel bir varlıktır. İnsanın varoluşunun ve hayatta kalabilmesinin temel koşulu, ruh ve beden bütünlüğünün bozulmamasıdır. İnsanoğlunun varoluşundan bugüne kadar öncelikli amacının hayatta kalabilmek ve sağlığını koruyabilmek olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu çerçevede gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı, fiziksel devamı sağlamak üzerine şekillenmiştir. Sağlık hizmetleri, "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü" olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin ilk amacında, bireylerin hastalıklara yakalanmamalarını, yani bireylerin hastalıklardan sakındırılması gerekmektedir. Bu da özellikle günümüzde birinci basamak aile hekimliğinde, bireylerin önemle hastalıklardan korunabilmeleri için bireylere hizmetler verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ulaşılabilirlik açısından en temel role sahip olan basamaktır. Burası hasta ile ilk temasın sağlandığı, hastaların sürekli takiplerinin yapıldığı, hastayı bulunduğu ortam içinde değerlendiren, kapsamlı, bireyi doğumundan ölümüne kadar takip edecek ve en önemlisi hastalıkların tedavisi konusunda koordinasyon görevini üstlenecek en erişilebilir birimdir. Aile Hekimliği bu açıdan bakıldığında, birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlamasına en uygun şekilde karşılık gelen, sistemde eksik olan yapıyı dolduracak kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve aynı zamanda klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri sağlık ve hastalık durumlarında danışmanlık görevini gerçekleştirir ve sevk zincirini koordine eder. Böylelikle sağlık sorununun hangi birim ile ilgili olduğunu ve nereye başvurması gerektiğini bilmeyen bireyin uygun birime gitmesini sağlar. Günümüzde birinci basamakta çözümlenecek en küçük sağlık sorununun bile hastaların yönlendirilmemesinden, ya da hastaların hiçbir sınırlamaya tabi tutulmamasından dolayı hastanelerde yığılmalara yol açtığı bilinmektedir. Sağlık sistemine ilk girişin yapılacağı bu aşamada aile hekiminin yönlendiriciliği sağlık sonuçları, sağlık işleyişi ve maliyet açısından önemli ölçüde getiri sağlayacaktır. Aile hekimleri hastalıkların tedavisini gerçekleştirmenin yanında koruyucu tedavi hizmetlerini de gerçekleştirir. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetebilir. Ayırt edici özelliklerinden birisi olan hastalarla sürekli iletişim ile hastaları hem daha yakından tanır hem de gerektiğinde onların

savunma görevini üstlenir. Hastalık ve birey ayrımı gözetmeksizin eşitlik ilkesine dayalı olarak hizmet sunar.

Bu araştırmanın temel amacı, üniversite öğrencilerinin 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulamaya geçirilmiş olan Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki farkındalık düzeylerini ölçmek ve kullanım sıklıklarını ve hangi amaçlarla kullandıklarını belirleyebilmektir. Ayrıca çalışmada ankete katılan öğrencilerin Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki farkındalık düzeyleri ve kullanımlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu amaçla Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri üzerinde araştırma planlanmıştır. Zaman ve kaynak sıkıntıları dolayısıyla örneklem seçimine gidilmiş, istatistiki hesaplamalar sonucunda ana kütleyi temsil edebilme kabiliyetine sahip örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen veriler istatistik yöntemlerle analiz edilmiş ve yapılan analizlerle elde edilen bulgular yorumlanarak bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçlar araştırmanın hipotezleri temel alınarak sırasıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya göre oluşturulan veri toplama aracının ilk bölümü öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan toplam öğrenci sayısı 436’dır. Araştırmaya katılan öğrencilerin 246’sı (%56,4) erkek, 257’si (%58,9) 20 ile 22 yaş aralığında, 357’si (%82) sağlık dışındaki diğer alanlarda eğitim almakta, 136’sı (%31,2) birinci sınıf öğrencisi, 259’u (%61,7) aylık 200 ile 400 TL arasında gelire sahip, 277’sinin (%63,5) ailesi orta düzeyde ekonomik duruma sahip, 205’inin (%47) annesi ilkokul mezunu, 181’inin (%41,5) babası ilkokul mezunu, 108’i (%24,8) ise hayatlarının büyük bölümünü ilde geçirmiştir.

Veri toplama aracının ikinci bölümü öğrencilerin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi düzeylerini, başvuru sıklıklarını ve başvuru nedenlerini belirleyebilmek amaçlı sorulardan oluşmaktadır. Öğrencilerin 179’u (%41,1) aile hekimliği sistemi hakkında orta düzeyde bilgiye sahip olduklarını, 229’u (%52,5) aile hekimliği sistemine ilişkin bilgilerini çevrelerinden edindiklerini, 221’i (%50,7) aile hekimlerinin ismini bilmediklerini, 342’si (%78,4) bağlı oldukları ASM’nin yerini bildiklerini, 232’si (%53,2) aile hekimini seçme/değiştirme hakkı konusunda bilgi sahibi olmadıklarını, 271’i (%62,2) bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk başvurdukları sağlık kurumunun Devlet Hastaneleri olduğunu, 88’i (%20,2) aile hekimine hiç başvurmadıklarını, 242’si (%55,5) ise aile hekimine başvurma gerekçelerinin muayene ve kontrol olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada öğrencilerin kişisel özellikleri ile aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi düzeyleri, başvuru sıklıkları ve başvuru nedenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı yapılan analizlerle ortaya konmuştur. Analizler sonucunda aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyi ile eğitim görülen alan, aylık gelir, ailenin sosyo-ekonomik durumu ve o güne kadar yaşanan yerleşim yerinin türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunurken; aile hekimliği sistemine ilişkin bilgi düzeyi ile diğer kişisel özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Aile hekimine başvuru sıklığı açısından bakıldığında sadece o güne kadar yaşanan yerin türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, diğer kişisel özelliklerle başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Aile hekimine başvuru nedeni ile cinsiyet, yaş grupları ve eğitim görülen alan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, diğer kişisel özelliklerle başvuru nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Bu sonuçlar neticesinde araştırmanın hipotezlerinden H_1 (Aile Hekimliği Sistemine ilişkin bilgi düzeyi öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir), H_2 (Aile Hekimine başvurma sayısı öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir) ve H_3 (Aile Hekimine başvurma nedeni öğrencilerin kişisel özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir) kısmen kabul edilmiştir.

Araştırmanın amaçlarından biri de aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile aile hekimine başvuru sayısı ve aile hekimine başvuru nedeni arasındaki ilişkiyi belirleyebilmektir. Elde edilen verilerin analizi neticesinde aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyiyle aile hekimine başvuru sayısı arasında orta düzeyli ve aynı yönlü ilişki bulunmuştur ve bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlıdır. Aile hekimliğine ilişkin farkındalık düzeyiyle aile hekimine başvuru nedeni arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu sonuçlar neticesinde araştırmanın hipotezlerinden H_4 (Aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile aile hekimine başvurma sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır) kabul edilirken; H_5 (Aile hekimliği sistemine ilişkin farkındalık düzeyi ile aile hekimine başvurma nedeni arasında anlamlı bir ilişki vardır) reddedilmiştir.



KAYNAKÇA

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. 06.07.2005 tarih ve 25867sayılı.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı.

Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişimi. <http://www.ailehekimligi.gov.tr/>

Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbaacılık.

Akbolat, M. (2013). "Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, Sınıflandırılması ve Fonksiyonları" erişim tarihi: 01.04.2016. <https://dosya.sakarya.edu.tr>

Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Aksoy, O. G. (2001). "Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı". *Yeni Türkiye Dergisi*. 40: 1803-1808.

Algın, K. (2002). "Türkiye’de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Araştırması". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Ankara.

Algın, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2005). "Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma". *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 15: 71-80.

Alper, Y. (1999). *Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar*. İstanbul: Alfa Yayıncılık.

Altay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. *Sayıştay Dergisi*. 64: 33-58.

Ateş, M. (2015). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Ateş, M. (Ed.)(2012). *Sağlık Hizmetleri, Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım.

Avrupa’da Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği Rehberi, Tartışma Dokümanı (1995). WHO Avrupa Bölge Ofisi.

Avşar, N. (2010). “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü*. İstanbul.

Aydın B. (2004). “Sağlıkta Değişim”. *SB Diyalog Dergisi*. 7: 4-6.

Aydın, S., Korukluoğlu, S., Üstü, Y., Kasım, İ., Doğusan, A. R. ve Hacımamağaoğlu, A. (2008). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Seçil Ofset.

Başak, O. ve Saatçi, E. (1998). “The Developments Of General Practice/Family Medicine”. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 4: 126-134.

Başak, O., Saatçi, E. ve Ceyhun, G. (2005). “Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi”. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 4: 174-182.

Bostan, S. (2006). “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu”. *Sağlık Hakkı Dergisi*, Nisan 2006: 20-27.

Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı". *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 1: 177-216.

Çelikkol, İ. (2008). "Tsk Personeli Ve Ailelerinin Aile Hekimliğine Bakışı". *Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi*. Ankara.

Dağlı, G. H. (2006). "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Ankara.

Demirbilek, S. (2007). "Bir Sosyal Sorun Olarak Sağlık", *Sosyal Politikalar Dergisi*, 2: 126-128.

Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, S. ve Yarış, F. (2006), "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi", *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 27: 412-418.

Dirican, R. (1990). *Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri)*. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık.

Dirican, R. (1997). *Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Ersoy, F. (2006). "Aile Hekimliği Uygulama Dosyası". *Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*. 1: 33-49.

Evans P (Ed.) (2005). *Aile Hekimliği Avrupa Tanımı*. (Çev: Başak O., Saatçi E.). WONCA Avrupa: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.

Faaliyet Raporu 2012. Ankara: TC.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. erişim tarihi: 15.04.2016. <http://www.sgb.saglik.gov.tr/contentfiles>

Figueras, J., McKee, M., Cain, J. ve Lessof, S. (2004). *Health systems in transition: learning from experience*, World Health Organization.

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları.

Gerek, N. (2004). *Sosyal Sigortalar Kurumunun Sağladığı İş Kazası ve Meslek Hastalıkları, Hastalık ve Analık Sigortaları, Sosyal Güvenlik Hukuku*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Görgün, H. (2009). “Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. On sekiz Mart Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Çanakkale*.

Günaydın, A. (2007). “Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul*.

Gürfidan, C. (2014). “Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti ve Memnuniyet Düzeyi”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul*

Hayran O. (Ed.) (1998). *Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*. İstanbul: Yüce Yayın.

İnce, T. (2012). “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi Ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Edirne*.

Karadağ, Z. (2007). “Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi”. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara*.

Karagan, E. (2008). "Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.*

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kılıç, S. (2006). "Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi. Kocaeli Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kocaeli.*

Kısa, A. (2002). *Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemi, Sağlık Kurumları Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Leopando, Z.E. (2010). "Fourth Wes Fabb Oration Diversity of Primary Care in Asia Pacific: Pathways to Convergence". *Asia Pacific Family Medicine*. 7: 1-18.

Mavi, E.E. (2010). "1960 Sonrası Türk Sağlık Personeli Politikası". *Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.*

Moran, M. (2008). "Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin.*

Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). "A Framework For Assessing The Performance of Health Systems". *Bulletin of the World Health Organization*. 6: 717-731.

Orhaner, E. (2006). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1: 1-19.

Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M. ve Türk, M. (2006). "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk Nedir? Türkiye'de Uygulanabilir mi?". *Sted*. 8: 144-156.

Öztek, Z. (2001). "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri". *Yeni Türkiye Dergisi*. 39: 259-311.

Öztek, Z. ve Eren, N. (1997). *Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Güneş Kitabevi.

Pala, K. (2007). "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?". erişim tarihi: 18.04.2016. http://www.turkacil.net/wp-content/uploads/2011/08/turkiyeicinsaglik_platformu.pdf.

Paycı, S. Ö. ve Ünlüoğlu, İ. (2004). "Dünya ve Türkiye'de Aile Hekimliği", Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları.

Resmi Gazete. 17.12.1997 Tarih ve 23203 Sayılı.

Resmi gazete. 25 Mayıs 2010 Tarih, 27591 Sayılı.

Resmi Gazetede Yayımlanan Anlaşma İlanı. Milletlerarası Antlaşma, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Karar Sayısı: 2009/15359. erişim Tarihi: 29.06.2010. <http://www.pydb.saglik.gov.tr/>

Saatçi, E., Bozdemir, N. ve Akpınar, E. (2006). "Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği", *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2: 79-86.

Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl (1972). Ankara: T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 (2013). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu (2003). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi.

Saraçoğlu, Ö. F. (Ed.)(1996). *Halk Sağlığı Özet Temel ve Klinik Bilimler III*. Ankara: Güneş Kitabevi.

Sargutan, E. (1993). *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı*, Ankara: Sağlık-İş Sendikası Yayınları.

Sargutan, E. (2005). "Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 3: 401- 428.

Selçuk, E.B. (2010). "Malatya İli Aile Hekimliği Uygulaması Hazırlık Çalışmaları". *9.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Kongre Kitabı*. Antalya.

Serin, İ. (2004). *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği*. İstanbul: Kazancı Kitabevi.

Sezen, K. (2006). "Aile Hekimliğinin Bugünü ve Geleceği Üzerine". *Türkiye’de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*. 1: 28-30.

Sipahi, B., Yurtkoru, E. S. ve Çinko, M. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi*. İstanbul: Beta Basın Yayım.

Smith, Adrian E. (2009). "A final g'day to English general practice". *Br J Gen Pract*. 565: 618–620.

Solak, Fulya. (2010). "Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kütahya.

Somyürek, H. İ. (2005). *Sağlığı Koruma Bilgisi Ders Kitabı*, Ankara: Palme Yayın.

Söyleyici, T. (2010). "Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Denizli.

Sözen, C. (1997). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Ders Kitabı*. Konya: Atlas Kitabevi.

Sözer, A. N. (1981). "Hasta İşçinin İş İlişkisi". *Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. İzmir.

Şişman, S. (2010). "Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı". *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü*. İstanbul.

Taşkın, L. (2003). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Nobel Kitabevi.

Tatar, M. ve Tatar F. (1998). *Yerel Yönetimler ve Sağlık*, Ankara: Türk Belediyecilik Derneği ve Konrad Adenauer Vakfı.

Tekin, N., Başak, O. ve Yıldırım, A. (2010). "Türkiye'de aile hekimliğinin kökenleri ve gelişimi: Yarım yüzyıllık bir hekim deneyimi". *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 1: 13-21.

Tokat, M. (1996). *Sağlık Ekonomisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.

Turan, N. (2004). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.

Türkçe Sözlük. (2005). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) (2006). "Aile Hekimliği Anabilim Dallarının Temel Tıp Eğitimine Katkısı". *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 1: 39-40.

Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). "Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 1: 3-28.

Uzuner, A., Topsever, P., Ünlüoğlu, İ., Caylan, A., Dağdeviren, N., Uncu, Y., Mazıcıoğlu, M., Özçakır, A., Özdemir, H. ve Ersoy, F. (2010). "Residents' Views about Family Medicine Specialty Education in Turkey". *BMC Medical Education*. 29: 1-10.

Ünalan, P. (2004), “Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri”, *TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları: 11-17.*

Ünlüoğlu, İ. ve Ünalacak M. (2008). “Türkiye’de Aile Hekimliği Disiplininin Hızlı Gelişen Yönü: Akademik Yapılanmanın 15. Yılında Kadronun Gelişimi ve Yaşanan Bazı Sorunlar”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 3: 163-166.

Ünlüoğlu, İ., Kaptanoğlu, A.Y. ve Özer, C. (2012). *Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi*. İstanbul: Akademi Yayınevi.

Yıldırım, H. H. (2012). *Sağlık Sigortacılığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını.





EKLER

Ek-1: Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışmanın amacı, “Üniversite Öğrencilerinin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin ve Hizmetten Yararlanma Durumlarının Belirlenmesi: Cumhuriyet Üniversitesi Örneği” başlıklı yüksek lisans tezine bilimsel veri sağlamaktır. Aşağıdaki formda bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Sonuçların sağlıklı olabilmesi için soruları samimi ve doğru olarak yanıtlamanız gerekmektedir. Lütfen anketlerin üzerine isim belirtmeyiniz. Katkı ve ilginiz için teşekkür ederim.

Neriman NALDÖKEN

Cumhuriyet Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz
() Bay () Bayan
2. Yaşınız
() 17-19 () 20-22 () 23-25 () 26 ve üzeri
3. Eğitim görmekte olduğunuz Fakülte/Yüksekokul/ Meslek Yüksekokulu ve Bölümünüz
.....
4. Eğitim görmekte olduğunuz sınıf
() 1 () 2 () 3 () 4
5. Aylık toplam geliriniz
() 200 TL'den az () 200-400 TL () 400 TL'den fazla
6. Ailenizin sosyo-ekonomik durumu
() Çok iyi () İyi () Orta () Düşük () Çok düşük
7. Annenizin eğitim durumu
() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul ()
Ortaokul
() Lise () Üniversite
8. Babanızın eğitim durumu
() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul
() Lise () Üniversite
9. Hayatınızın büyük bölümünün geçtiği yerleşim yerinin türü
() Köy / Kasaba () İlçe () İl () Büyükşehir
Lütfen arka sayfaya geçiniz...

10. Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi düzeyiniz nedir?
☐ Çok düşük ☐ Düşük ☐ Orta
☐ İyi ☐ Çok iyi
11. Aile hekimliği uygulaması hakkında nereden bilgi sahibi oldunuz?
☐ Sağlık personelinin ☐ Medyadan ☐ Çevremden
12. Aile hekiminizin ismini biliyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezinin yerini biliyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
14. Aile hekiminizi seçme ve değıştirme hakkınız konusunda bilginiz var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
15. Herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığınızda ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?
☐ Özel Hastane ☐ Devlet Hastanesi ☐ Üniversite Hastanesi
☐ Aile Hekimi
16. Bağlı olduğunuz aile sağlığı merkezine kaç kez gittiniz?
☐ Hiç gitmedim ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez
☐ 4 kez ☐ 5 kez ve daha fazla
17. Aile hekiminize başvurmanızın asıl sebebi nedir?
☐ Muayene ve kontrol için
☐ İlaç yazdırmak için
☐ Aile planlaması için
☐ Enjeksiyon – pansuman
☐ Aşılar
☐ Rapor almak
☐ Sevk almak

Teşekkürler...

Öz Geçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Neriman NALDÖKEN
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 20.09.1979 Şeref
e-posta : nerimannaldoken@hotmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2014

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2001-2012	Sivas Devlet Hastanesi	Hemşire
2012-...	Kredi ve Yurtlar Kurumu	Hemşire