

**T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ**



**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK PROGRAMI**

**KADINLARIN BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ
MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
ÜZERİNE BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Birgül ŞENLİK

KÜTAHYA-2025

KADINLARIN BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Birgül ŞENLİK

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği Uyarınca

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

Dr. Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN

Mayıs- 2025

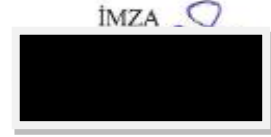
TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında, Birgül ŞENLİK tarafından hazırlanan "Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından OYBİRLİĞİ ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak Kabul edilmiştir.

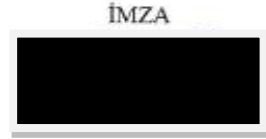
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.
Dr.Öğr.Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN

İMZA


Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.
Prof. Dr. FATMA DENİZ SAYINER

İMZA


Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Bu tezin Yüksek Lisans / Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.
Doç. Dr. Ayşegül DURMAZ

İMZA


Tez Savunma Sınavı Tarihi: 20/05/2025

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Doç.Dr. Ayşegül DURMAZ

ONAY



T. C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

(Tez Teslim Beyan Formu)

Öğrenci No : [REDACTED]
Adı Soyadı : Bergül ŞENLİK
Anabilim/Bilim Dalı : Ebelik Anabilim Dalı
Programı : ☒ Tezli Yüksek Lisans ☐ Tezsiz Yüksek Lisans
☐ Doktora

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Bergül ŞENLİK

Tarih / İmza

Diğer hususlar:

Bu bölüme yukarıda belirtilen maddeler ile ilgili tarafınızca uygun bir konu olan hususları belirtiniz:

[REDACTED]

ONAY

Dr.Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN

22.01.2025

[REDACTED]

ÖZET

Şenlik, B. Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Ölçek Geliştirme Çalışması, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2025.

Amaç: Birinci basamakta ebelik hizmetlerinin etkin sunulması, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi gibi toplumun gelişmişlik düzeylerini etkileyen pek çok unsuru olumlu yönde etkiler. Bu çalışmanın amacı, kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerine ilişkin memnuniyetlerini değerlendirebilecek bir ölçüm aracı geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik türde olan bu araştırma Aralık 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında, Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesi ve Bilecik İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aile hekimliği birimlerinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini birinci basamakta ebelik hizmeti almış üreme çağındaki 500 kadın oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme metodu ile toplandı. Veri analizinde kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve güvenilirlik analizleri yapıldı.

Bulgular: Geliştirilen ölçüm aracında yer alan maddelere ilişkin alınan uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerlik indeksi 1.000 olarak hesaplandı. Açıklayıcı faktör analizi ile ölçeğin 25 madde ve 3 alt boyut (Ebelik Hizmetleri, Saygı ve Mahremiyet, Kurum Fiziki Ortam Koşulları) altında toplandığı saptandı. Tüm faktörler toplam varyansın %69,688'ini açıklamaktadır. Doğrulamalı faktör analizinde modelin uyum iyiliği indekslerinin iyi uyum ve mükemmel uyum değerleri aldığı belirlendi. Ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı 0,973 olarak hesaplandı.

Sonuç: Elde edilen bulgularda geliştirilen ölçeğin kadınların birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyetlerini değerlendirmek üzere kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi. Bu bağlamda geliştirilen ölçeğin, gelecekte yapılacak araştırmalarda ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, Sağlık hizmet kalitesi, Ebelik hizmeti, Ölçek geliştirme, Memnuniyet, Ebelik

ABSTRACT

Şenlik, B. A Scale Development Study on the Evaluation of Women's Satisfaction with First Step Midwifery Services, Kütahya Health Sciences University Graduate School of Health Sciences, Department of Midwifery, Master's Thesis, Kütahya, 2025

Aim: Effective provision of midwifery services in primary care positively affects many factors that affect the development levels of the society such as prevention of maternal and infant mortality. The aim of this study was to develop a measurement tool to assess women's satisfaction with primary care midwifery services.

Materials and Methods: This methodological study was conducted between December 2024 and February 2025 in Bilecik Training and Research Hospital, Bilecik Bozüyük State Hospital and family medicine units affiliated to Bilecik Provincial Health Directorate. The sample of the study consisted of 500 women of reproductive age who received midwifery services in primary care. Data were collected by the researcher through face-to-face interviews. Content validity, construct validity and reliability analyses were performed in data analysis.

Results: The content validity index was calculated as 1.000 in line with the expert opinions on the items in the developed measurement tool. Exploratory factor analysis revealed that the scale was grouped under 25 items and 3 sub-dimensions (Midwifery Services, Respect and Privacy, Institutional Physical Environment Conditions). All factors explained 69.688% of the total variance. In confirmatory factor analysis, it was determined that the goodness of fit indices of the model received good fit and excellent fit values. The overall reliability coefficient of the scale was calculated as 0.973.

Conclusion: The findings revealed that the developed scale is a valid and reliable measurement tool that can be used to evaluate women's satisfaction with primary care midwifery services. In this context, it is thought that it will be useful to use the developed scale in future studies and primary health care services.

Keywords: Primary care, Health service quality, Midwifery service, Scale development, Satisfaction, Midwifery

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sabrına ve nezaketine hayran kaldığım kıymetli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN'a; değerli tez izleme komite üyeleri, Prof. Dr. FATMA DENİZ SAYINER ve Doç. Dr. AYŞEGÜL DURMAZ' a içten teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunuyorum.

Hayatım boyunca desteğini bir an olsun esirgemeyen, her zaman yanımda olan, beni yüreklendiren ve destekleyen sevgili aileme, anneme, babama, nişanlıma, kardeşlerime, birlikte çalışmaktan çok büyük keyif aldığım Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) birimi çalışanlarına ve bu süreçte desteğini esirgememiş olan tüm arkadaşlarıma en derin sevgilerimi ve teşekkürlerimi iletiyorum.

Bu yüksek lisans tez çalışmasının, ebelik mesleğinin gelişmesine, kadın sağlığının güçlendirilmesine ve anne-bebek ölümlerinin önlenmesine katkı sağlaması umuduyla, saygılarımı sunarım.

Birgül ŞENLİK

2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vi
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER TABLOSU.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ	5
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ	6
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	7
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
2.3.3. Rehabilitasyon Edici (Esenlendirici) Sağlık Hizmetleri	10
2.4.SAĞLIK HİZMETLERİNİN BASAMAKLANDIRILMASI	10
2.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	10
2.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	15
2.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	16
2.5. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ	16
2.5.1.Aile Hekimleri.....	17
2.5.2. Aile Sağlığı Çalışanı	17
2.5.3. Aile Sağlığı Çalışanlarının Görev, Yetki Ve Sorumlulukları	18
2.6. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE EBELİK HİZMETLERİ..	19
2.7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE EBELİK MESLEĞİNİN ÖNEMİ	22
2.8.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	24
2.9. SAĞLIK HİZMET MEMNUNİYETİ VE MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	26
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	28

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMANI	28
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	28
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	28
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	29
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	29
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)	29
3.4.2. Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Taslak Formu	29
3.5. ÖLÇEK GELİŞTİRME SÜRECİ	29
3.5.1. Madde Havuzunun Oluşturulması	29
3.5.2. Uzman Görüşlerinin Alınması Ve Kapsam Geçerliliği	30
3.5.3 Pilot Uygulama Yapılması	32
3.5.4. Ölçek Geçerlik Ve Güvenirlilik Analizlerinin Yapılması	32
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	32
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	33
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	33
4.BULGULAR	35
4.1. KAPSAM GEÇERLİLİĞİ	35
4.2. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ	37
4.3. MADDE ANALİZLERİ	39
4.4. GEÇERLİK ANALİZLERİ	41
4.4.1 Açımlayıcı Faktör Analizi	41
4.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	44
4.5. GÜVENİRLİK ANALİZLERİ	46
4.5.1.Cronbach Alfa Katsayısı	46
4.5.2. Test Tekrar Test Yöntemi	47
4.6. BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ	47
5.TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1.SONUÇ	56
6.2. ÖNERİLER	57
7. SINIRLILIKLAR.....	58

8. KAYNAKLAR.....	59
9. EKLER	71
9.1. TANITICI BİLGİ FORMU (EK-1).....	71
9.2. BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ MEMNUNİYET DEĞERLERNDİRME ÖLÇEĞİ (EK-2)	72
9.3. ETİK KURUL ONAYI (EK-3)	74
9.4. KURUM İZNİ (EK-4).....	76
9.5. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (EK-5)	77
10. ÖZGEÇMİŞ	78
11. ADRES VE İLETİŞİM	80



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Kapsam Geçerliliği İçin Ölçek Madde Havuzunu Değerlendiren Uzmanlar	32
Tablo 3.2. Araştırma Takvimi.....	34
Tablo 4.1. Her Bir Alt Boyutta Maddeler İçin Hesaplanan KGO Değerleri	36
Tablo 4.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.3. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Madde Analizleri Tablosu	40
Tablo 4.4. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Döndürülmüş Faktör Yüğü Matrisi	43
Tablo 4.5. T Değer Tablosu	44
Tablo 4.6. Model Veri Uyumu Tablosu.....	46
Tablo 4.7. Ölçek Güvenirlik Tablosu	46
Tablo 4.8. Test tekrar test geçerlik tablosu	47
Tablo 4.9. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	48

ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil 4.1. Yamaç Birikinti Grafiği	42
Şekil 4.2. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Standart Faktör Yükleri Grafiği.....	45



KISALTMALAR

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

AH: Aile Hekimi

ASÇ: Aile Sağlığı Çalışanı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

GSS: Genel Sağlık Sigortası

ICM: International Confederation Of Midwives

IFI: Incremental Fit Index

KSH: Koruyucu Sağlık Hizmetleri

KSH: Koruyucu Sağlık Hizmetlerine

NFI: Normatif Uyum İndeksi

PAF: Princial Axis Factring

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

1.GİRİŞ

Bireylerin sağlık durumunu iyileştirme ve koruma yolunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması büyük bir öneme sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkin sunulması ile toplumların sağlık ihtiyaçları büyük ölçüde karşılanabilmektedir. Nitelikli birinci basamak sağlık hizmetleri, dayanıklılığı artırır, sağlık sonuçlarını iyileştirir, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine başvuruları azaltır ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürür (Aslan, 2024; Hacivelioglu ve Demirci, 2022). Dünya Sağlık Örgütü sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmada ve sağlığın iyileştirilmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır (De Jonge vd., 2015). Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programları kapsamında 2010 yılından itibaren Aile Hekimliği Modeline geçilmiştir. Bu model ile toplumdaki her bireyin bireysel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, aynı hekim ve aile sağlığı çalışanı tarafından sürekli sağlık hizmeti alması hedeflenmiştir (Haggerty vd., 2003). Aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerinin temel bir parçası olup, diğer sağlık kuruluşlarıyla iş birliği içinde hastaların ilk başvurduğu ve düzenli takiplerinin yapıldığı sağlık birimleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynar, sağlık sorunlarını erken tespit eder, tedavi sürecini izler ve gerektiğinde ileri düzey hizmetlere yönlendirir. Bu sayede, aile hekimliği sistemi, sağlık sisteminin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini destekler (Dikmen, 2023). Aile hekimi ve ASÇ' ler hastaların yaş ve özelliğine göre yapılması gereken kişiye yönelik tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunarlar. Sunulan hizmetin birincil sorumlusu ise aile hekimidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi kapsamında, ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve toplum sağlığı memuru unvanına sahip sağlık personelleri, aile hekimliği birimlerinde aile sağlığı çalışanı (ASÇ) olarak görev alabilmektedir. Bu birimlerde görev yapan ASÇ'ler, aile hekimi ile birlikte gebe, lohusa, bebek, yenidoğan, çocuk, ergen (adölesan), erişkin ve yaşlı gibi özellikli gruplara yönelik izlem ve tarama hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013). Aile hekimliği uygulaması kapsamında, aslında ebelerin görev ve sorumlulukları arasında yer alan birinci basamak ebelik hizmetlerinin, farklı meslek grupları tarafından da yürütülebildiği görülmektedir.

Kişilerin sağlık seviyelerinin iyileştirilmesi, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi için toplumdaki her bireyin her yaşta ve özellikte (gebe, bebek, lohusa vb.) düzenli olarak aile hekimliği birimleri tarafından izlenmesi, takip edilmesi gerekmektedir. Yapılan

alışmalar, kişileri birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli olarak takip eden bir hekime sahip olma oranının ve aile hekimliği birimlerine finansal erişim düzeylerinin düşük olduğunu ortaya koymuştur (Güldal vd., 2019). Ayrıca aile hekimliği birimlerinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada da 31 ilde aile hekimliği sistemleri etkin olarak değerlendirilirken, 50 ilde etkinsiz olarak faaliyet gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Gözlü, 2021). 2023 yılında ülkemizde aile hekimliği birim sayısı 28.054, aile hekimliği birimlerine düşen ortalama nüfus 3.043, Aile Hekimliğine müracaat sayısı 416.806.846 olarak açıklanmıştır. Yıllara göre aile hekimliği birimlerine müracaat sayılarında artışlar gözlense de aynı artış gebe, bebek ve ocuk izlemlerinde görülmemektedir. Tam izlenen gebe oranı 2022 yılında %96,4 den 2023 yılında %95,9’ a, tam izlenen bebek oranı 2022 yılında %90,8’den 2023 yılında %90,6’ya, tam izlenen ocuk oranı da 2022 yılında %94 ‘den 2023 yılında %92,4 ‘e düşmüştür (Sağlık İstatistik Yıllıkları, 2025). 2010 yılından itibaren değerlendirildiğinde aile hekimliği sistemine geçişle birlikte gebe, bebek, ocuk izlem oranlarında artışlar görülse de yapılan çalışmalar zamanında izlem oranının düşük olduğunu göstermektedir (Durduran vd., 2012). 2023 yılında Karabük İlinde yapılan bir çalışmada kadınların %77,3 ünün son bir yıl içerisinde 15-49 yaş izleminin yapılmadığı görülmüştür (Taşdemir, M., 1998).

Yaşam döngüsü gereği kadınlar, gebelik, doğum ve lohusalık gibi özel dönemlerden geerirken fiziksel, sosyal, duygusal ve psikolojik olarak zorluklar yaşayabilir ve özel bakıma ihtiyaç duyabilirler. Hamilelik ve doğum döneminde alınan bakım, kadın sağlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda, bakım sağlayıcının sürekliliği, kişiye özel danışmanlık, kadın merkezli iletişim, bireysel yaklaşım ve her danışana yeterli zaman ayrılması, bakımın iyileştirilmesinde büyük önem taşır (Baas vd., 2015). Kadın sağlığı için kritik bir rol oynayan ebeler, tarih boyunca kadınların yanında olmuş, tıbbi ve sosyal destek sunarak onlara sürekli ebelik hizmeti sağlamıştır (Yücel vd., 2022; şimşek vd., 2018). Aile hekimliği birimlerinde sunulan sürekli ebelik desteği, anne ve bebek sağlığı açısından çok sayıda önemli avantaj sağlamaktadır (Yücel vd., 2022). Sürekli ebelik hizmeti, sezaryen oranlarının azaltılmasında etkili rol oynamakta, doğum korkusunu azaltarak kadınların doğum sürecine yönelik olumlu bir yaklaşım geliştirmelerine katkı sağlamaktadır. Bu destek, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bakım süreçlerinin bütüncül bir yaklaşımla yürütülmesini mümkün kılarak, hastaneye yatış oranlarını azaltmakta ve hastanede kalış sürelerini kısaltmaktadır (Sağıroğlu ve Esencan, 2024; Gölçek, 2022; Hacıvelioğlu ve Demirci, 2022). Ayrıca,

doğum sürecine ilişkin olası risklerin erken dönemde belirlenmesi ve önlenmesi açısından da kritik bir rol üstlenmektedir. Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesinde önemli bir etkiye sahip olan bu hizmet modeli, aynı zamanda yenidoğan sağlığının iyileştirilmesine katkı sunmakta ve aile planlaması hizmetlerinin etkin biçimde düzenlenmesini desteklemektedir. Sürekli ebelik desteği, bireylerin sağlık okuryazarlığını artırarak, ilgili sağlık birimlerine zamanında yönlendirme yapılmasını ve böylece hastalıkların erken dönemde tespiti ya da kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Tüm bu yönleriyle sürekli ebelik hizmeti, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinde stratejik bir öneme sahiptir (Gültekin, 2024; Çelik ve Babaoğlu, 2023; Arslan Özkan, 2019; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Öztaş vd., 2015; Boulet vd., 2006;).

Anne ve bebek sağlığının iyileşmesinin temeli ebelik mesleğinin güçlenmesi ve ebelik hizmetlerinin kalitesinin artmasıyla doğrudan ilgilidir (Özbek ve Ertekin Pınar, 2020). 2024 yılının son aylarında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “Normal Doğum Eylem Planı” oluşturulmuş, bu kapsamda “her gebeye bir ebe” uygulaması ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ebe polikliniklerinin açılması sağlanmış ve ebelerin görev ve yetkilerinin belirlendiği ebelik yönetmeliği yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2024). Ebelerin tüm kadınlara ulaşarak etkin, ulaşılabilir ve ücretsiz ebelik hizmeti sunması ve kadınların hizmetten memnun kalarak ebelerle iş birliği yapması, toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Hacivelioglu ve Demirci, 2022; Yazıcıoğlu vd., 2021). Bilinmektedir ki hasta memnuniyeti hastaların sağlık personelleri ile ilişkilerini ve tedaviye uyum sürecini etkilemektedir (Taşdemir, M., 1998). Bu nedenle aile hekimliği birimlerinde uygulanan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve hizmet memnuniyetinin müracaat eden kişilerce değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Hasta memnuniyeti, birçok faktörden etkilenen öznel bir kavram olup, özellikle beklentilerin karşılanma düzeyi memnuniyetin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar, düşük beklentiye sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden daha yüksek memnuniyet bildirdiğini ortaya koymuştur (Özkara, 2006). Hastaların sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyetin değerlendirilmesi, sağlık sistemlerinde kalite güvencesi ve izleme süreçlerinin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Scholle vd., 2004). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen en yaygın faktörlerden biri ilaç yazdırma taleplerinin karşılanmasıdır. Hizmetlerin verimli kullanımına ve ebelik hizmetlerine yönelik araştırmaların yetersiz olduğu göze çarpmaktadır (Gamsızkan ve Cangür, 2024).

Uluslararası literatürde, kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerinden duyduğu memnuniyeti değerlendirebilen bazı ölçüm araçları bulunmaktadır. Scholle vd. (2004) tarafından, kadınların ebelik bakımının sürekliliğine ilişkin memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla "Ebelik Bakımının Sürekliliği Memnuniyet Ölçeği" (Continuity of Midwifery Care Satisfaction Survey – COMcareSS) geliştirilmiştir. Benzer şekilde, Lee vd. (2009) ise kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini değerlendirebilmek amacıyla "Kadınlar için Birinci Basamak Memnuniyet Ölçeği" ni (Primary Care Satisfaction Survey for Women – PCSSW) oluşturmuştur (Scholle vd., 2004; Lee vd., 2009). Ülkemizde ise birinci basamaktaki hasta memnuniyetini değerlendiren genel ölçekler mevcut olup, kadınlara özgü ebelik hizmetlerinin değerlendirildiği bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Malhan ve Öksüz (2005) tarafından geliştirilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine olan genel memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Malhan ve Öksüz, 2005). Lağarlı vd. (2011) tarafından birinci basamak değerlendirme ölçeği kullanarak yapılan çalışma sonucunda yeni uygulamaların yapısal ve süreç boyutlarını değerlendirebilecek ölçme araçlarına ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Lağarlı vd., 2011). Ülkemizde birinci basamak ebelik hizmetlerine yönelik memnuniyetini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu araştırmanın amacı, kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeylerini değerlendirebilecek bir ölçme aracı geliştirmektir.

Araştırma Soruları:

- “Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği” kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeylerini değerlendirebilecek geçerli bir ölçüm aracı mıdır?
- “Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği” kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeylerini değerlendirebilecek güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Toplumların sağlık düzeyini güçlendirmek ve korumak amacıyla yapılan tüm faaliyetler, sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Atasever ve Bağcı, 2020). Sağlık hizmetleri, hizmet sektörleri arasında önemli bir yere sahip olup, teknolojik ve yönetsel açıdan sürekli gelişim gerektiren bir alandır. Bu nedenle, ortaya çıkan sorunların hızlı ve etkili bir şekilde çözülebilmesi için vizyoner liderlerin varlığı büyük bir önem taşır. Sadece vizyoner liderler, gelişen teknoloji ve değişen koşullara hızla adapte olabilir, hasta ve çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik adımlar atabilir ve sağlık hizmetleri memnuniyetini etkileyen sorunları çözmek için gerekli çalışmaları yapabilir (Atilla ve Günel, 2024; Altay, 2007). Ülkemizde, 01.01.2012 tarihinden itibaren Sosyal Güvenlik Kurumlarının (SGK) merkezi bir yapı altında birleştirilmesi amacıyla zorunlu genel sağlık sigortası (GSS) sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu sistemle sağlıkla ilgili işlemler ve ödeme yöntemleri birbirinden ayrılmıştır, bu da Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanmasına olanak sağlamıştır. Ayrıca, GSS ile kişilerin sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik farklılıkları gözetenmeksizin eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır. Bu sistem, koruyucu sağlık hizmetlerine (KSH) öncelik verilmesini sağlayarak, aile hekimliği sisteminin kapsamının da genişlemesine katkı sağlamıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2025; Çavmak ve Çavmak, 2017). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve Ülkemizde ikamet eden tüm kişiler GSS ile sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Ayrıca gebelik ve doğum nedeniyle kamu kurumlarına başvuran kadınların tüm işlemleri (muayene, tetkik vb.) ilgili kanun gereğince GSS kapsamında SGK tarafından karşılanmaktadır. Yine ilgili kanun ile çocuk sahibi olamayan çiftlerin belirli şartları sağlaması halinde yardımcı üreme teknikleri harcamalarının da SGK tarafından karşılanması oldukça önemli bir uygulamadır. Kısacası Ülkemizde yürütölmekte olan GSS sistemi ile kadınlar gebeliğinden doğum sonu sürece kadar ücretsiz hizmet alabilmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006). Yine Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2007 yılı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Doğrudan Hizmet Alımı Yoluyla Sunulması ve Ücretsiz Olması Genelgesi ile de birinci basamakta uygulanan tüm muayene, tetkik ve izlemlerin ücretsiz olması da birinci

basamak sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi açısından oldukça önemlidir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ

Toplumsal gelişmenin önemli bir unsuru, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi, devletin kaliteli hizmete verdiği değerle doğrudan ilişkilidir. Sağlık sektörüne olan dışsal faydalar nedeniyle ülkemizde sağlık hizmetleri genellikle kamu sektörü aracılığıyla yrtlmektedir (zkara, 2006; Hayran, 2024). Dünya genelindeki artan nüfus, sağlık harcamalarını önemli ölçüde artırmaktadır. Doğuştan beklenen yaşam sresinin uzaması ve bunun sonucunda kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık sektörünün mali yükünü ağırlaştırmaktadır. Sık görülen hastalıkların doğru yönetilmesi, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için kritik bir öneme sahiptir (Kara ve ztrk, 2021; Demir ve Tanyıldızı, 2017). Ayrıca, sağlık hizmetlerinin gelişmişliği, ülkelerin genel gelişmişlik seviyeleriyle paralel bir şekilde ilerlemekte ve toplumların sağlık, hastalık ve hastalık yönetimine bakış aılarını etkilemektedir. Toplumların sağlık kavramına bakışları, kültür, sosyal yaşam gibi faktörlerden kaynaklanan farklılıklar gösterir ve bu da sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini şekillendirir. Son yıllarda iklim değişikliğinin etkilerinin de sağlık sistemlerine dâhil edilmesi gerektiği, ilerleyen dönemde yaşanması beklenen olumsuz koşulların etkilerini azaltabilmek açısından büyük bir önem taşımaktadır (Lee vd., 2023). Her lke kendi sağlık sistemini toplumsal yapısı, toplumun sağlığa bakış açısı, iklim ve coğrafi koşulları gibi faktörleri göz önüne alarak zgn bir sistem oluşturmalıdır (Atasever ve Bağcı, 2020). Ülkemizde, bilimsel kriterler doğrultusunda batı tipi tıp anlayışını benimseyen sağlık politikaları uygulanmaktadır (Fırat ve ztrk, 2021). Ancak sağlık hizmetleri, tek bir politikaya dayansa da hizmet kalitesi, hizmeti sunan personelin mesleki yeterliliği, hizmetin sunulduğu ortam koşulları ve hizmeti alan bireylerin kişilik özellikleri gibi faktörlerle değişiklik göstermektedir (Okursoy, 2010).

Sağlık, bireylerin yaşam kalitesini ve toplumların gelişimini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Sağlıklı bireyler, yaşamlarını sürdürebilirken, sağlık sorunları yaşayanlar bu görevleri yerine getiremeyebilir. Sağlık hizmetlerinin verimliliği, sağlık çalışanları ve kurumlar arasındaki güçlü iş birliği ve koordinasyon ile artar. Bu koordinasyon, hastaların hizmetler arasında kesintisiz geçiş yapmasını sağlayarak hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini artırmada kritik rol oynar (Boz ve zsoy, 2024). Türkiye'deki hastaneler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarından doğru ve güvenilir verilerin toplanması, acil bir

ihtiyaç haline gelmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalitesini, sunulan hizmetler ve süreçlerle ilişkilendirerek daha etkin bir şekilde değerlendirmek için daha fazla çaba sarf edilmesi gerekmektedir (Bener vd., 2019).

2.3. SAğLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını koruma, hastalıkları tedavi etme ve iyileşme sürecini desteklemek amacıyla; koruyucu, rehabilite edici (esenlendirici) ve tedavi edici olmak üzere üçe ayrılır.

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle tıp, bilimsel temellere dayalı bir hale gelmiş; hastalıkların nedenleri daha iyi anlaşılmış, tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Bu dönemde, “koruyucu sağlık” terimi ortaya çıkmış, sağlık sadece tedavi değil, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlığının korunması üzerine odaklanmıştır. Böylece sağlığın korunması bireysel bir sorumluluk olmaktan çıkarak toplumsal bir mesele haline gelmiştir (Aydın, 1995). Koruyucu Sağlık Hizmetleri (KSH), bireylerin ve toplumların sağlığını iyileştirmeyi, hastalıkları engellemeyi ve hastalık sonrası oluşabilecek olumsuz durumların önüne geçmeyi hedefler (Tekin ve Kılıçarslan, 2024). Kişilerin hasta olmadan önce sağlığının korunmasını, hastalığın varlığı halinde erken teşhis edilerek sağlığının korunmasını, yine hastalık varlığında komplikasyonlarının önlenmesini ve ilaç kullanımlarının düzenlenerek sağlığın korunmasını kapsar (Sarı, 2024). Bu kapsamlarda yürütölen KSH hem toplum sağlığının hem de ölkö ekonomisinin korunması açısından oldukça önemlidir. KSH hizmetleri hastalık ortaya çıkmadan önce alınacak önlemlerle toplumda iş gücü kaybına neden olabilecek etkenlerin ortadan kalkmasını sağlayarak toplum refah seviyesini arttırmada önemli yere sahiptir (Atlı ve Yücel, 2018).

Hastalıkların ortaya çıkmadan önce bireyleri korumaya yönelik yapılan tüm önleyici çalışmalar ve sunulan hizmetler, KSH olarak isimlendirilir (Gök, 2012). KSH bireylere yönelik olduğu gibi çevreye yönelik de yürütölmektedir. Çevreyle bağlantılı olarak yaşayan halkın sağlığı yine çevrenin korunmasıyla düzenlenebilir. Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi çevredeki her türlü kimyasal, fiziksel, biyolojik ve sosyal olumsuz nedenleri indirgenebilecek en düşük seviyeye indirgeyerek sadece bireyleri değil çevreyi de iyileştirmekten geçmektedir. Halkın temiz su kaynaklarına ulaşmasının sağlanması, zararlı canlılardan korunma, hava kirliliği, radyolojik etkenlerin ve atıkların

denetlenmesi gibi doğrudan halkın sağlığını etkileyen koruyucu hizmetlerin yürütülmesi de oldukça önemlidir (Dikmen,2023; Güldal vd., 2019; Atlı ve Yücel, 2018; Gök, 2012). KSH, eğitimi kamu çalışanları tarafından sağlanan, kr amacı gütmeyen çalışmalardır. Aşılama, hastalıkların erken saptanması, sağlıklı beslenmenin teşviki, doğurganlığın bilinçli yönetimi, ilaçla önleyici uygulamalar, bireysel temizlik alışkanlıkları, sağlık konusunda bilinçlendirme, ruhsal iyilik halinin desteklenmesi ve bağımlılık yapan maddelerle mücadele gibi çeşitli alanlarda faaliyet gösterir. Aile planlaması ve doğurganlık kontrolü, anne ve bebek ölümlerini azaltmanın yanı sıra kadın sağlığını koruyup geliştirerek boşanma oranlarını da düşürme açısından büyük bir öneme sahiptir (Atlı ve Yücel, 2018; zkara, 2006). Yine kadın sağlığının geliştirilmesi amacıyla güncel jinekolojik koruyucu sağlık taramaları yapılmaya başlanmıştır. Bu sayede kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kadın kanserleri, üriner ve pelvik sistem sorunlarından korunması veya sorunların erken teşhis edilerek daha sağlıklı ve kaliteli yaşam sürmesi desteklenmektedir (Başboğa ve Kaydırak, 2024). KSH daha çok birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütüldüğü için birinci basamak sağlık hizmetleri olarak da adlandırılabilir (Orhan, 2006). Ebeler, birinci basamakta riskli yaşam tarzı alışkanlıklarının iyileştirilmesi, prekonsepsiyonel ve perinatal dönem bakım ihtiyaçlarının karşılanması gibi KSH' nin erişimini kolaylaştırmaktadır (Halcomb vd., 2021). KSH' ne ulaşım ve hizmetten yararlanabilmek için sağlık okuryazarlığının artırılmasına ihtiyaç vardır (Tekin ve Kılıçarslan, 2024). Yapılan alışmalar Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birinci basamak KSH'nde gelişmeler olsa da hala bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar ve üreme sağlığı alanlarında etkili bir hizmet sunulamadığını vurgulamaktadır (iekliğlu ve şevik, 2023). 6 şubat 2023 günü gerçekleşen deprem, koruyucu sağlık hizmetlerinde (KSH) yaşanabilecek kesintilerin yaratabileceği olumsuz etkileri açıkça ortaya koymuştur. Hem evresel hem de bireysel düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin aksaması, özellikle kadın, ocuk ve yaşlı gibi savunmasız grupları derinden etkilemiştir. Bu kesintiler, bu grupların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında ciddi aksaklıklara yol açarak, sağlık risklerine karşı daha kırılgan hale gelmelerine neden olmuştur (Kılıç, 2023; Ay, 2023). Bu tür olumsuz etkilerden korunabilmek için sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve iklime uyumlu sağlık sistemlerinin kurulması kritik bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve sürekliliği, toplumsal eşitsizlikleri derinleştirmeden, her bireyin ihtiyaç duyduğu hizmetlere eşit şekilde ulaşabilmesini sağlamalıdır. Ayrıca, iklim değişikliklerinin sağlık

üzerindeki etkilerini azaltmak için iklime uyumlu sağlık politikalarının ve altyapılarının oluşturulması, gelecekteki sağlık krizlerine karşı daha dirençli bir sistemin inşa edilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Varol, 2022). Ebeler, koruyucu sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde sunarak, kadınlar ve çocuklar için sağlık sonuçlarını iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, toplum sağlığının iyileştirilmesi için ebelik mesleğinin güçlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır (Çalışıcı ve Kul Uçtu, 2024).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, hastalanmış kişilerin yeniden iyileşebilmesi için aldıkları hizmetlerdir ve koruyucu sağlık hizmetlerinden sonra gelir. Bu hizmetlerin verildiği sağlık kuruluşları gelişmiş teknolojiler, uzman ekipler ve tedavi altyapısıyla daha bireysel sağlık hizmeti sunan ve en yüksek sağlık harcamalarının yapıldığı kuruluşlardır (Orhan, 2006; Özdemir, 2023). Bireyler, sağlıklarını iyileştirmek amacıyla genellikle tedavi edici hizmetlere yönelik harcamalar yapmayı tercih etmekte, buna karşın koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik yatırım yapma konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Bu eğilim, çoğunlukla anlık sağlık sorunlarının çözülmesine odaklanırken, uzun vadeli sağlık koruma stratejilerinin göz ardı edilmesiyle sonuçlanmaktadır (Orhan, 2006).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; yataklı tedavi kurumları, hekimlik hizmetleri, diş hekimliği, yardımcı sağlık personeli hizmetleri, ilaçlar ve bakım hizmetleri gibi bir dizi unsurları içerir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunulmasında kullanılan teknolojik gelişmeler ve personel eğitimi de önemli bir yer tutar. Bu hizmetler, bireylerin sağlıklarını yeniden kazanması için gereklidir. Ancak bazı sosyo-ekonomik ve kültürel engeller nedeniyle fayda sağlanması zordur. Tedavi hizmetleri, hastaların tedavi sürecine göre; ayakta, evde bakım ve yataklı tedavi şeklinde sınıflandırılır. Sağlık hizmetlerinin daha etkili olması için, koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici hizmetlerle desteklenmesi önemlidir (Özkara, 2006).

Tedavi edici sağlık hizmetleri uygulanacak olan tedavi ve müdahalenin boyutuna göre tüm sağlık basamaklarında yürütülebilmektedir. Örneğin; birinci basamak sağlık hizmet sunucularında uygulanacak olan tedavi edici hizmetler yatış gerektirmeyen kişilerin ayaktan ya da evlerinde tedavilerine devam edebildikleri kuruluşlar iken, üçüncü basamak sağlık kuruluşları uzman ekip ve en üst teknoloji ile donatılmış yatarak tedavi yapılabilen sağlık kuruluşlardır (Orhan, 2006).

2.3.3. Rehabilitate Edici (Esenlendirici) Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici hizmetler, hastalık veya kaza nedeniyle sağlık durumu zarar gören bireylerin tedavi süreçlerini tamamlayıp, kaybettikleri bedensel veya zihinsel yetilerini geri kazanmalarını sağlamak, bireylerin bağımsız bir şekilde hayatlarını sürdürebilmeleri veya eski yaşam standartlarına yeniden dönmelerini amaçlayan hizmetlerdir (Boz ve Özsoy, 2024; Ercan ve Kıratoğlu, 2023; Özkara, 2006). İki grupta incelenmektedir;

Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri; doğuştan veya kazalar sonucu oluşan engelleri düzeltmeye yönelik hizmetlerdir. Protez, tekerlekli sandalye, işitme cihazları ve terapiler gibi örnekler, bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmeye yöneliktir.

Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri; sağlık problemleri nedeniyle iş hayatına dönmekte zorluk çeken bireylerin, toplumdan kopmalarını engelleyerek yeni beceriler kazanmalarını ve bağımsız yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır (Özdemir, 2023).

Görüldüğü gibi, tüm sağlık hizmetleri toplumun ve bireylerin sağlığını korumak, gerektiğinde tedavi sunarak kişilerin iyileşmesini sağlamak ve rehabilitasyon hizmetleriyle tam iyileşme şansı olmayan bireyleri topluma yeniden kazandırmak amacıyla topluma hizmet etmektedir (Özdemir, 2023; Dikmen, 2023; Güldal vd., 2019; Atlı ve Yücel, 2018).

2.4.SAĞLIK HİZMETLERİNİN BASAMAKLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, öncelikle bireyin ve ardından içinde bulunduğu toplumun sağlığını koruyarak, sağlıklı bir yaşamın sürekliliğini sağlamak amacıyla sunulan tüm hizmetleri kapsamaktadır (Boz ve Özsoy, 2024).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan sağlık tesisleri kişilere birincil, ikincil ve üçüncül bakım sağlamaktadır (Tatar vd. 2011). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5510 sayılı ve 70. maddesi kapsamında, sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığı tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak basamaklandırılmıştır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

2.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı bulunmaktadır: birincisi, toplum sağlığını en üst düzeye çıkararak hastalıkların nedenlerini, tedavi süreçlerini ve takibini en güncel bilgilerle yönetmek; ikincisi ise, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri ortadan kaldırarak tüm topluma eşit sağlık hizmeti sunmaktır. Bu bağlamda, 1920'de yayımlanan

Dawson Raporu, birincil sağlık bakımının önemini vurgulamış olsa da sağlık kurumlarındaki uzmanlaşma ve yapısal bölünmeler, önerilen yaklaşımların etkinliğini sınırlamıştır (Özpulat, 2018; Akdeniz vd., 2010). 20. yüzyılın ilk yarısında, genellikle yerel topluluklarda görev yapan ve uzmanlaşmamış hekimler tarafından sunulan birincil sağlık hizmetleri, bu dönemin temel sağlık hizmeti biçimini oluştıuruyordu. Ancak, 1978'de düzenlenen Alma Ata Konferansı, birincil sağlık bakımını yeniden küresel sağlık politikalarının merkezine yerleştirmiş ve bu hizmetin erişilebilirliği, toplumsal katılımı ile ekonomik sürdürülebilirliğinin önemi vurgulanmıştır. Konferansta ayrıca, sağlık hizmetlerinin evrensel erişilebilirliğinin sağlanması, multidisipliner ekip çalışmasının önemi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun sağlık sistemlerinin etkinliğini artıracığına dair güçlü vurgular yapılmıştır (Özkara, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Sağlık Bildirgesine göre, sağlık sistemlerinin hedeflere ulaşabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, bu hizmetlerin hastane sistemiyle desteklenmesi, hizmet basamakları arasında entegrasyonun sağlanması ve geri bildirim içeren bir sevk zincirinin kurulması şarttır (Üstü vd., 2011). Türk sağlık sistemi ve hizmet sunumu son on yılda önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Henüz ideal seviyeye ulaşmasa da birincil sağlık hizmetlerinde tıbbi personel sayısının artırılması ve nitelikli uzmanların yetiştirilmesi amacıyla özel bir planlama süreci yürütölmektedir (Bener vd., 2019).

2.4.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların ilk başvurduğu sağlık merkezlerinde sunulan ve hastalıkların erken teşhis ve tedavisini sağlayan hizmetlerdir (Esin Ocaktan vd., 2004). Bu hizmetler arasında ilk yardım, acil müdahale, sağlık taramaları, ambulans desteğı, ayakta tedavi, evde bakım ve hasta sevkı gibi çeşitli alanlar yer alır. Ancak personel ve malzeme eksiklikleri, motivasyon sorunları ve sevk süreçlerindeki aksaklıklar bu hizmetlerin etkinliğini azaltabilir. Sonuç olarak, hastanelerdeki yoğunluk artar ve hizmetler verimsizleşir. Türkiye'de pek çok hasta doğrudan hastanelere başvurduğundan, hastanelerin asıl görevi olan yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmaları zorlaşmaktadır (Orhan, 2006).

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğı'ne göre birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlığı geliştirme, koruyucu hizmetler ile erken tanı, temel tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını içermektedir. Bu hizmetler, bireylerin kolayca ulaşabileceğı etkin ve yaygın bir sağlık sistemi sunmayı amaçlamaktadır (Toplum Sağlığı

Merkezi ve Bağılı Birimler Yönetmeliği, 2015). Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik'te, birinci basamak sağlık hizmet sunucularının faaliyet alanları; çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birimi, göçmen sağlığı merkezi, enfeksiyon kontrol birimi, entegre sağlık hizmeti birimi, sıtma ve verem savaş dispanserleri, evde sağlık hizmetleri birimi, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi, sağlıklı hayat merkezi, iş sağlığı ve güvenliği birimi, yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi, sağlık evi ve benzeri birimler olarak tanımlanmıştır (Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 2022).

Birinci basamak sağlık merkezlerinde yataklı tedavi imkânı bulunmaz; tedaviler genellikle ayakta veya evde yapılır. Bu merkezler hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetler sunar ve genellikle insanların yaşadığı yerlerde veya çevre bölgelerde konumlanır. Hastalar önce bu merkezlere başvurmalı, burada yapılan muayene sonrası hekimin uygun gördüğü durumlarda hastanelere sevk edilmelidir. Böylece, birinci basamak sağlık merkezleri, hastanelere başvuru öncesinde bir tür filtre işlevi görür (Özkara, 2006).

Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik ile birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar tanımlanmıştır. Yönetmeliğe göre, birinci basamak hizmet sunucuları arasında; bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri (TSM), aile sağlığı merkezleri (ASM), halk sağlığı laboratuvarları (L1 ve L2 düzeyinde), kurum tabiplikleri ve 112 acil sağlık hizmeti birimleri yer almaktadır. Bunlara ek olarak, evde sağlık hizmeti sunan merkez veya birimler, işyeri sağlık ve güvenliği hizmeti sağlayan birimler, belediyelere bağlı poliklinikler, özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları ile üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler de birinci basamak sağlık hizmet sunucuları içerisinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, Türk Silahlı Kuvvetleri'ne ait birinci basamak sağlık üniteleri, 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında faaliyet gösteren serbest eczaneler, Entegre ilçe devlet hastaneleri (Bu kurumlar ayaktan ve yatarak birinci basamak sağlık hizmeti hizmeti veren tek sağlık tesisidir) ile muayenehaneler de bu kapsamda değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). E2 ve E3 rol grubundaki entegre ilçe devlet hastaneleri, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden alınarak E rol grubu kapsamında Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2023).

2.4.1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Toplum Sağlığına Olan Yararları

Gelişmiş ülkelerde birinci basamak, sağlık sistemi reformlarının en önemli unsurlarından biridir. Güçlü birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığının iyileşmesiyle doğrudan ilişkilidir (Macinko vd., 2003; Villalbi vd., 1999).

Birinci basamak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, hijyen eğitimi, rehabilitasyon ve topluma biyo-psiko-sosyal sağlık bilgisi sunma gibi tedavi öncesi koruyucu önlemleri içerir. Bu hizmetler, genellikle toplum düzeyinde sağlığı iyileştirmeye yönelik olup, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bir bütün olarak değerlendirilir. Aile hekimleri, aile sağlığı merkezleri aracılığıyla bireylere sağlık hizmeti sunarken, toplum sağlığı merkezleri ise toplumsal sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla kurulmuştur (Demir vd.,2017). 2015 yılında yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile TSM' lerin görev ve amaçlarını açıkça belirlemiştir. Bu merkezler, bulundukları bölgelerdeki sağlık risklerini tespit eder, bu sorunlara karşı önleyici ve tedavi edici hizmetler sunarak birinci basamağın etkin bir şekilde işlemlerini sağlar (Gençer vd., 2021). 2023 yılı itibarıyla, Ülkemizde 973 toplum sağlığı merkezi (ilçe sağlık müdürlükleri dahil) ve 8.163 aile sağlığı merkezi faaliyet göstermektedir (Sağlık İstatistik Yıllıkları, 2025).

Bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek ve korumak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede sunulması son derece önemlidir. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunulması, toplumun sağlık ihtiyaçlarının büyük bir kısmını karşılayabilmektedir. Nitelikli birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin bağışıklığını güçlendirir, sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkiler, ikinci ve üçüncü basamaktaki hizmetlere olan başvuruları azaltır ve genel sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürür (Aslan, 2024). Toplumda görülen sağlık problemlerinin büyük bir kısmının (%85-90) birinci basamak sağlık hizmetleriyle çözülebileceği, ayrıca bu kurumların altyapı ve kaynaklarının güçlendirilmesi durumunda hastaların tedavisinin büyük oranda bu düzeyde sağlanabileceği belirtilmektedir (Üstü vd., 2011).

2.4.1.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulama özellikleri ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eş güdüm olarak ayrılmaktadır (Öcek ve Soyer, 2007).

İlk başvuru; Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliğidir ve bireylerin sağlık sorunları nedeniyle sağlık sistemine ilk adım attıkları aşamayı ifade eder. Bu süreç, erken teşhis, tedavi ve yönlendirme açısından kritik bir rol oynar (Karakoç, 2014; Bambal vd.,

2010). Bu aşamada birinci basamak hekimleri kapı tutuculuk görevini üstlenirler. Kapı tutuculuk, birinci basamak hekimlerinin, uzmanlık hizmetlerine erişimi kontrol ederek, bu hizmetlere yönlendirme yapmalarıdır. Bu uygulama pratisyen hekimler tarafından yerleşim yeri esas alınarak belirlenmiş nüfusa ya da belirli bir hasta listesine dayalı olarak gerçekleştirilebilir (Öcek ve Soyer, 2007). Öte yandan, "açık sistem"de, hastalar uzmanlık hizmetlerine doğrudan erişim sağlayabilmektedir. Bu durum, sağlık sisteminde düzensizlik ve karmaşaya yol açabilir. Kapı tutuculuğun avantajları arasında, sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde sunulması, gereksiz tedavi ve uzmanlık kullanımının önlenmesi, hastaneye yatış sürelerinin kısaltılması ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması yer alır. Ancak, kapı tutuculuğun başarılı olabilmesi için güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetine ve bu temele dayalı bir sağlık sistemine ihtiyaç vardır. Aksi takdirde, hasta memnuniyeti ve birinci basamak çalışanlarının karşılaştığı tüketici baskılar sağlıkta eşitsizlikleri artırabilir, hastaların doğru tanı ve tedavi almasını engelleyebilir (Dikmen, 2023; Gümüş ve Çelik, 2022; Öcek ve Soyer, 2007).

Ülkemizde açık sistem uygulanmakta ve bu sayede hastalar, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmadan doğrudan istedikleri uzman hekimlere muayene olabilmektedir. 2008 yılında Denizli, Bayburt, Isparta ve Gümüşhane illerinde hastaların birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesi şartı getirilmiştir. Eğer sevk oranı %15'i geçerse, aile hekimlerinin maaşlarından kesinti yapılması kararlaştırılmıştır. Ancak, uygulama çeşitli sorunlara ve aile hekimlerinin iş yükünün artmasına neden olmuş, bu nedenle Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir (Bulut ve Ugurluoğlu, 2020). 2024 yılında Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nde yapılan değişikliklerle, hastaların birinci basamak hekimlerine başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarının yeniden önüne geçilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

İlk başvuru, ulaşılabilirlik ve hizmetin kullanımı gibi iki ana bileşenden oluşmaktadır. Ulaşılabilirlik, sağlık hizmetlerinin kolayca erişilebilir olmasını ifade ederken, bireylerin her yeni sağlık sorunu durumunda birinci basamağa başvurmaları davranışsal bir özelliktir (Bambal vd., 2010).

Kapsayıcılık; Toplumun her kesimini, hiçbir grubu dışlamadan dahil etme anlamına gelmektedir (Demirhan, 2024). Sadece yaygın sağlık sorunlarını değil, nadir görülen sorunları da kapsar. Kapsayıcılık, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre ülke ve bölgeye bağlı olarak değişmektedir. Hizmet sunumuna ilişkin temel prensip, birinci basamağın,

toplumda sık görülen sağlık sorunlarına müdahale edebilecek ve bunları tanıyabilecek düzeyde olmasıdır (Bambal vd., 2010). Kapsayıcılık, sağlık personelinin eğitimi, kurumların altyapısı ve destekleyici hizmetlerin yeterliliği ile ölçülür. Ayrıca, bağışıklama, sağlık eğitimi gibi uygulamaların etkinliği de kapsayıcılığın bir göstergesidir. Dünya Sağlık Örgütü, hükümetlerin sınırlı kaynaklarla halk sağlığını korumalarını önerirken, eşit kapsayıcılıktan çok özgürlük ilkesini (herkesin kendi güvence düzeyini seçebilmesi) savunmaktadır (Öcek ve Soyer, 2007). Bu durum, düşük eğitim seviyesine sahip ve yoksul bireyler için sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olmasına yol açmaktadır. Ülkemizde sağlık sisteminde “eşitlik ve kapsayıcılık” ilkeleri vurgulansa da dezavantajlı gruplar için sosyo-ekonomik faktörler hala eşitsiz bir sağlık hizmeti deneyimi yaratmaktadır (Dikmen, 2023; Gümüş ve Çelik, 2022; Karakoç, 2014; Bambal vd., 2010).

Süreklilik; Hasta ile birinci basamak kurumu arasındaki uzun vadeli ilişkiyi ifade eder (Boz ve Özsoy, 2024). Toplum için bu, düzenli birinci basamak sağlık hizmetinin mevcut olması ve kullanılması anlamına gelir. Hizmet sağlayıcı açısından ise sürekliliği sağlamak, toplumu tanımak, ihtiyaçlarını bilmek ve bu ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını izlemekle mümkün olur. Coğrafi olarak belirlenmiş bir nüfusa hizmet veren birinci basamak kurumları, hastaların bilgilerini içeren kayıtlar aracılığıyla sürekliliği sağlar. Ancak liste sistemiyle yalnızca kayıtlı hastalara hizmet verildiği ve hastalar hekim değiştirebildiği için sürekliliği sağlamakta zorlanılmaktadır (Bambal vd., 2010; Öcek ve Soyer, 2007).

Eşgüdüm; Birinci basamak sağlık hizmetleri ile diğer sağlık hizmetleri arasındaki bilgi paylaşımı, etkin sağlık hizmeti sunumu ve nitelikli hasta bakımı açısından oldukça önemlidir. Bu süreçte başarılı bir eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel koşul öne çıkmaktadır: kapı tutuculuk, hasta bilgilerinin her basamakta kaydedilmesi ve bu bilgilerin resmi yönergeler aracılığıyla birinci basamağa iletilmesi. Ancak, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinde gerçekleştirilen bir araştırma, başarılı kabul edilen birçok ülkede dahi eşgüdümün yeterince sağlanamadığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, eşgüdümün sağlık hizmetlerinde daha erişilmesi güç bir özellik olarak tanımlanması gerektiğini göstermektedir (Öcek ve Soyer, 2007).

2.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden fayda görmeyen hastalar, ikinci basamak sağlık tesislerine giderek uzman hekimler tarafından muayene edilir ve gerekirse yatarak tedavi

edilirler (Orhan, 2006). İkinci basamak sağlık kuruluşları, kamu ve özel sektör olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kamuya ait ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında; devlet hastaneleri, dal hastaneleri, entegre ilçe hastaneleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ile belediyelere bağlı hastaneler yer almaktadır. Özel sektörde ise ikinci basamak sağlık hizmetleri, özel hastaneler ve tıp merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır (Aytaç ve Aslan, 2023).

2.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, birinci ve ikinci basamaklarda tedavi edilemeyen hastalıklar için başvuru alan sağlık kurumlarıdır. Bu kurumlar, aynı zamanda eğitim ve araştırma faaliyetleriyle de önemli bir rol oynar. İleri düzey teşhis ve tedavi sunan bu sağlık kuruluşları, uzman hekim yetiştirme ve karmaşık hastalıkların tedavisine yönelik araştırmalar yapma konusunda uzmandır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sayıca daha az olmalarına rağmen, sundukları geniş hizmet yelpazesi ile dikkat çeker. Bu hizmetler, yüksek bilgi ve teknolojik altyapı gerektiren ağır vakalarla ilgilenir. Devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler ve eğitim araştırma hastaneleri, üçüncü basamağın örnek kurumları arasında yer alır (Coşgun, 2018).

2.5. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2004 yılında hayata geçirilen aile hekimliği sistemi, 2010 yılına kadar tüm Türkiye'de uygulanmaya başlamış ve vatandaşların ücretsiz sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır (Cinaroğlu ve Çalışkan, 2022). Bu sistemle birlikte sağlık ocaklarının yerine aile sağlığı merkezleri kurulmuştur (Yücel, 2016). Aile Sağlığı Merkezleri bir veya birden fazla aile hekimliği biriminden oluşmaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ekinde belirtilen kriterlere göre (fiziksel yapı, personel sayısı ve nitelikleri) A, B, C ve D gruplarına ayrılarak sınıflandırılmaktadır. Bu gruplardan A, B ve C grubu aile hekimliği birimleri, aile sağlığı çalışanının dışında yardımcı olarak hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, toplum sağlığı memuru veya tıbbi sekreter çalıştırabilmektedir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013)

Aile hekimliği sistemi, bir dizi önemli bileşenlerle desteklenen kapsamlı bir sağlık modelidir. Bu bileşenler arasında, diğer sağlık otoriteleri ve personeliyle etkileşimi içeren “ekip çalışması”, hastaların ihtiyaç duydukları uzmanlık alanlarına yönlendirilmesini sağlayan “sevk ve konsültasyon”, kronik hastalıkların izlenmesi ve tedavisinde gerekli bilgi ve desteği sunan “kronik hasta yönetimi”, hasta bakımını iyileştirmek ve güvenliğini

sağlamak amacıyla kullanılan “elektronik tıbbi kayıtlar”, ve aile sağlığı biriminin işleyişini optimize ederek çalışan motivasyonunu artıran “aile sağlığı birimi yönetimi” yer alır. Bu bileşenler, aile hekimliği sisteminin etkin ve sürdürülebilir şekilde işlemesini sağlayan temel yapı taşlarıdır (İlgün ve Şahin, 2016).

Sistem kişilerin sağlık hizmetlerine başvuru oranlarını artırmayı ve aile hekimliği üzerinden daha fazla muayene yapılmasını sağlarken, üst basamaktaki sağlık hizmetlerine olan sevkleri azaltmayı hedeflemektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020). 2010 yılında %7,3 olan kişi başı hekime müracaat sayısı 2023’te %11,4’e yükselmiştir. Aynı yıllarda kişilerin 1. Basamak hekime müracaat oranı ise 2010 yılında %2,7 den 2023 yılında %4,9 a yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025). Aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaya yönelik önemli bir reform olarak kabul edilmektedir (Cinaroğlu ve Çalışkan, 2022).

2.5.1.Aile Hekimleri

Ülkemizde aile hekimleri, pratisyen hekimler ve aile hekimliği uzmanlarından oluşmaktadır (Cinaroğlu ve Çalışkan, 2022). Aile hekimlerinin temel görevi, toplumun sağlık seviyesini yükseltmek ve hastalıkları önlemek amacıyla kesintisiz sağlık hizmetleri sunmaktır. Bunun yanı sıra, düzenli sağlık taramaları yaparak erken teşhisi desteklerler. Ayrıca, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, aile planlaması, bağışıklama ve hastalıklardan korunma konularında danışmanlık hizmeti vererek bireylerin bilinçlenmesine katkı sağlarlar (Gamsızkan ve Cangür, 2024).

Sağlığın geliştirilmesi, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi için kişilerin her yaşta ve özellikle (gebe, bebek, lohusa vb.) düzenli olarak aile hekimliği birimleri tarafından izlenmesi ve takip edilmesi oldukça önemlidir. Ancak yapılan çalışmalarda kişilerin birinci basamakta sürekli hekiminin olma ve aile hekimliği birimine finansal ulaşım oranları düşük bulunmuştur (Güldal vd.,2019).

2.5.2. Aile Sağlığı Çalışanı

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi ve sağlıkta kalite standartlarının yükseltilmesi amacıyla, ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve toplum sağlığı memuru unvanına sahip sağlık çalışanları, aile hekimliği birimlerinde aile sağlığı çalışanı (ASÇ) olarak görev alabilmektedir. Bu birimlerde çalışan ASÇ’ ler, aile hekimi (AH) ile birlikte gebe, erişkin, lohusa, bebek, yenidoğan, çocuk, yaşlı ve ergen (adölesan) gibi özel grupların takibini ve sağlık taramalarını gerçekleştirmekle yükümlüdür. ASÇ’ler aile

hekimleri ile birlikte hastaların yaşına ve sağlık durumuna uygun şekilde tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler sunarak bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

2.5.3. Aile Sağlığı Çalışanlarının Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Ülkemizde görev yapan aile sağlığı çalışanları, çeşitli meslek gruplarından oluşabilmektedir. Aile hekimliği uygulamasının devreye girmesiyle, bu farklı meslek gruplarının aynı sağlık hizmetlerini sunması beklenmektedir. Ancak, mevzuatla belirlenen görev, yetki ve sorumluluklar her bir meslek grubu için farklılık göstermektedir (Üçüncü ve Özgülnar, 2019).

Aile sağlığı çalışanı, aile hekimiyle birlikte, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri sunar. Ayrıca sağlık kayıtlarını tutar, istatistikleri takip eder ve bu süreçte aile hekimine destek sağlar.

Aile sağlığı çalışanının yerine getirmesi gereken başlıca görevler ve sorumluluklar şunlardır:

- Bireylerin hayati bulgularını ölçüp kaydetmek.
- Aile hekiminin gözetiminde ilaç uygulamak.
- Yara bakımını yapmak.
- Tıbbi cihaz, malzeme ve ekipmanların hazır ve kullanıma uygun olmasını sağlamak.
- Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak ve sevk edilen hastaların diğer sağlık kurumlarıyla koordinasyonunu sağlamak.
- Gerekli testler için örnek almak, basit laboratuvar testlerini yapmak ya da numunelerin ilgili laboratuvara sevk edilmesini sağlamak.
- Gezici sağlık hizmetleri, sağlığı iyileştirme ve koruma hizmetleri ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak; evde sağlık hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak.
- Kurumun düzenlediği eğitimlere katılmak ve gelişim sağlamak.
- Aile hekiminin belirlediği diğer sorumlulukları yerine getirmek.
- Kurumun ve yasal düzenlemelerin belirlediği diğer görevleri yerine getirmek (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

2.6. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE EBELİK HİZMETLERİ

Ebeler, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde kadın sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde kritik bir görev üstlenirler. Kadınların sağlık süreçlerine rehberlik eder, bilinçli sağlık tercihleri yapmalarını teşvik eder ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için gerekli bilgi ve desteği sağlarlar (Yurdakul ve Ardıç Çobaner, 2015). Bu destek anne sağlığının korunmasına yönelik kritik adımlar atılmasını sağlayarak, toplum sağlığının yükselmesine katkıda bulunur (Gültekin, 2024). Ebe liderliğinde sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerindeki artışının, hastaneye yatış oranlarını düşürdüğü, hastanede kalış sürelerini kısalttığı ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azalttığı bildirilmektedir. Bu durum, hem bireylerin sağlık hizmetlerine daha erken ve etkin bir şekilde erişimini sağlamakta hem de sağlık sisteminin verimliliğini artırmaktadır (Hacıvelioğlu ve Demirci, 2022).

Sağlık Bakanlığının verilerine göre 2023 yılında Ülkemizde aile hekimliği birim sayısı 28.054, aile hekimliği birimi başına düşen nüfus sayısı 3.043, Aile Hekimliğine müracaat sayısı 416.806.846 olarak açıklanmıştır. Yıllara göre aile hekimliği birimlerine müracaat sayılarında artışlar gözlenirse aile sağlığı merkezlerinde uygulanan birinci basamak ebelik hizmetlerinden olan gebe, bebek ve çocuk izlemlerinde aynı artış görülmemektedir. Tam izlenen gebe oranı 2022 yılında %96,4 den 2023 yılında %95,9' a, tam izlenen bebek oranı 2022 yılında %90,8'den 2023 yılında %90,6'ya, tam izlenen çocuk oranı da 2022 yılında %94'den 2023 yılında %92,4'e düşmüştür (Sağlık İstatistik Yıllıkları, 2025). Aile hekimliği sistemine geçtiğimiz 2010 yılından günümüze kadar geçen sürede gebe, bebek, çocuk izlem oranlarında ciddi artışlar görülse de yapılan çalışmalar zamanında izlem oranının düşük olduğunu göstermektedir (Durduran vd., 2012).

Ebelerin, kadınlara sundukları bakım, bilgi ve danışmanlık hizmetleri, anne ölümlerinin azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu destek, kadınların sağlıklarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olarak doğum süreci ile ilgili olası risklerin önlenmesini sağlamaktadır (Gültekin, 2024; Arslan Özkan, 2019). Ebeler, prekonsepsiyonel bakım sürecinde, çiftlerin sağlığını iyileştirebilmek amacıyla risk faktörlerini belirler ve bu riskler ortadan kaldırılmadan gebelik gerçekleşirse ortaya çıkabilecek olası sorunlar hakkında bireyleri bilgilendirir. Ayrıca, bireyleri uygun sağlık merkezlerine yönlendirir, üreme sağlığı planları oluşturur ve istenmeyen gebelikleri önlemeye katkı sağlar (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Boulet vd., 2006). Prekonsepsiyonel bakım, kadınların bulaşıcı hastalıklardan korunması ve gerekli aşıların tamamlanması açısından da oldukça

önemlidir (Ak, 2014). Ebeler, bu hizmetlerin geliştirilmesinde danışman, eğitici ve araştırmacı olarak rol alır, hizmetlerin yaygınlaşmasına katkı sağlar (Johnson vd., 2006). Böylece gebelik izlemlerinin kalitesi artırılabilir ve bu sayede gebelik öncesi riskler erken dönemde tespit edilebilir (Yıldırım ve Şahin, 2022).

Aile hekimliği birimlerinde verilen ebelik hizmetlerinden biri de aile planlaması danışmanlığıdır. Aile planlaması yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmalarda aile planlaması hizmetleri hakkında bilgi düzeyinin istenilen seviyede olmadığı belirtilmektedir. Plansız gebelikler ve kürtaj oranlarındaki yükseklik, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının da fazla olduğunu ortaya koymaktadır (Çelik ve Babaoğlu, 2023; Öztaş vd., 2015). 2022 yılında Kocaeli İlinde aile planlaması danışmanlığının kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada aile planlaması danışmanlığının kalitesinin yetersiz olduğu bildirilmiştir (Birinci ve Er, 2022). 2023 yılında yapılan başka bir çalışmada ise kadınların aile planlaması hizmetleri hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiş ancak büyük çoğunluğun acil kontrasepsiyon işlemi olarak vajinal duş yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (Bulut ve Şolt, 2023). 2024 yılında Şanlıurfa’ da yapılan bir araştırmada ise kadınların %35,5’inin aile planlaması konusunda karşılanmamış sağlık ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, Türkiye genelinde kadınlarda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının ortalamanın yaklaşık 3 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sosyo-demografik ve kültürel faktörlerin bu ihtiyacın oluşumunda önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır (Şakar ve Koruk, 2024).

Gebeliği etkileyen risk faktörlerinin bilinmesi, bu risklerin erken tespiti ve gebelik sürecinde doğabilecek olumsuz etkilerin önlenmesi, ebelerin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Doğum öncesi bakım, koruyucu bir sağlık hizmeti olarak, riskli durumların erken dönemde tespiti ve engellenmesine odaklanmaktadır. Ebeler bu süreçte risk faktörlerini doğru bir şekilde değerlendirip tanımlayarak, gerekli müdahaleleri planlamalı ve anne ile bebeğin sağlığını güvence altına almalıdır (Aydemir ve Hazar, 2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi çerçevesinde, herhangi bir sağlık problemi yaşamayan ve gebeliğe bağlı herhangi bir yakınması olmayan kadınların, gebelik süresince en az dört kez düzenli olarak izlenmeleri tavsiye edilmektedir (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Bu takiplerin temel hedefi anne adayının sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesini sağlamak ve sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesini desteklemektir (Durduran vd., 2012). Yapılan çalışmalar gebelerin doğum öncesi bakım

sürecine ilişkin memnuniyetlerini, verilen bakımın kalitesi, saygılı bakım, kadının öznelliğinin göz önünde bulundurulması ve zor anlarında sağlanan duygusal destekle doğrudan ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (Piechowska vd., 2018).

Gebe izlemeleri kadar, doğum sonrası izlemelerin de düzenli bir şekilde yapılması ve doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmesi, anne ve perinatal bebek ölümlerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Ergin vd., 2010). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, her lohusanın en az dört kez nitelikli şekilde izlenmesi gerekmektedir. Lohusalara, doğum sonrası hastanede üç, evde ise üç kez olmak üzere toplamda altı kez lohusa izlemi yapılması beklenmektedir (Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Rehberde geçen evde yapılacak olan lohusa izlemler de birinci basamak ebelik hizmetlerinin önemli ve temel görevlerinden biridir.

Sağlam çocuk izleminin temel hedefi, çocukluk döneminde ortaya çıkabilecek hastalık ve sakatlıkları önceden fark ederek önlemek, erken ölümleri en aza indirmek, çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimini desteklemek ve onların ileride sağlıklı birer yetişkin olarak yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlamaktır (Evliyaoğlu,2007). Dolayısıyla bebek ve çocukların düzenli takibi de birinci basamak sağlık kuruluşlarının sunduğu önemli ebelik hizmetlerinden biridir (Durduran vd., 2012). Bebek, çocuk, ergen izlem protokollerine göre, bebeklerin düzenli takibi doğumdan itibaren başlar ve sırasıyla ilk 48 saat içinde, 15. gün, 41. gün, ardından 2., 3., 4., 6., 9. ve 12. aylarda olmak üzere belirlenen aralıklarla izlenmeleri önerilir. Bu kontroller, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişimi açısından büyük önem taşır (Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018). Bebek izlemlerine ilişkin birçok gösterge artış gösterse de bebeklerin zamanında izlenme oranlarında bir azalma yaşanmaktadır. Bu da bebek izlemlerinde özensizliğin arttığını ortaya koymaktadır. Bebek izlemlerin zamanında ve etkili yapılmasının anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesine önemi büyüktür (Durduran vd., 2012).

Sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik konusunda genel bir fikir birliği olsa da bu kavramların ölçülmesine dair evrensel bir yöntem yoktur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine erişim genellikle karşılanmamış ihtiyaçlar üzerinden değerlendirilir. Karşılanmamış sağlık ihtiyaçları, genellikle ekonomik ve bireysel faktörlerle ilişkilidir. Düşük gelirli ve sigortasız bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyduğu, ayrıca cinsiyet, eğitim seviyesi, etnik kimlik ve kültürel faktörlerin erişimi etkilediği gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri ve erişimle ilgili zorluklar da önemli bir rol oynamaktadır. Karşılanmamış ihtiyaçlar, kişisel tercihler, erişim engelleri ve bekleme

süreleri gibi faktörlerle sağlık hizmeti kullanımını ve eşitsizliği farklı şekilde etkileyebilir (Yetim ve Çelik, 2020; Allin vd., 2010). Araştırmalar, gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerine erişim arasında negatif bir ilişki olduğunu ve düşük gelirli bireylerin karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olduğunu göstermektedir (Assari ve Hani, 2018; Allin ve Masseria, 2009).

Kadın sağlığının ve dolayısıyla toplum sağlığının iyileştirilmesi için ebelerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki yetkinlikleri artırılmalı, bu doğrultuda mezuniyet öncesinden başlayarak sürekli eğitim almaları sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan ebeler, tüm kadınlara yönelik danışmanlık sunmalı ve hizmetlerde kültürel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Ebelerin, uzmanlık gerektiren alanlarda sertifika almaları teşvik edilmeli, kendiliğinden düşük vakaları ayrıntılı bir şekilde değerlendirilerek çözüm yolları üretilmelidir (Toker, 2023).

2.7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE EBELİK MESLEĞİNİN ÖNEMİ

İnsanlığın varoluşu kadar eski mesleklerden biri olan ebelik, bilimsel gelişmeler doğrultusunda anne ve çocuk sağlığının temelini oluşturan kanıt temelli bir bilim dalıdır (Altıparmak ve Derya, 2023). Ebe, Uluslararası Ebeler Konfederasyonu ICM' e (International Confederation of Midwives) göre *“gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yeni doğanın bakımını sağlayan, kadın ile iş birliği içinde çalışan ve gerekli tavsiyelerde bulunan profesyoneller”* olarak tanımlanırken (ICM, 2024), Sağlık Bakanlığı tarafından ise *“anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, gebelik, doğum ve doğum sonu dönem hizmetleri sunan, doğum yaptıran, 0-6 yaş çocuk izlemleri ve aşılarını yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilkyardım, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma ve savaşa ilgili konularda birey, aile ve topluma sağlık eğitimi veren, insani ve ahlaki davranışları ile örnek olan, Bakanlık tarafından tescil edilmiş bir okuldan mezun meslek mensubudur”* şeklinde tanımlamaktadır (Hazar, 2023). Ülkemizde ebelerin yetkileri Sağlık Bakanlığı tarafından 2024 yılında düzenlenen Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun' da *“Ebeler, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde gerekli desteği verir, yenidoğana ve bebeğe bakım sağlar. Normal doğum ve riskli durumlarda tıbbi bakım ve desteğe erişimin sağlanmasında, kadın sağlığının korunması, üreme sağlığı ve çocuk bakımı konularında aile ve topluma verilecek danışmanlık ve eğitim hizmetlerinde görev alır. Gebeliğin*

tespitini, gebe izlemi ve bu amaçla gerekli muayene ve değerlendirmeleri yapar. Normal doğum eylemini gerçekleştirir. Normal doğum sırasında gereken küçük tıbbi müdahaleleri yapar. Küçük tıbbi müdahalelerin kapsam ve sınırları Bakanlıkça belirlenir.” maddesiyle genişletilmiştir (Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2024).

Ebelerin yeterli ve yetkin olması ebelik mesleğinin gelişimi ve uygulanan ebelik hizmetlerinin kalitesini arttırmak konusunda ebelere yardımcı olacaktır. Ebelikte yetkin olmak gözlem yeteneğinin gelişmesi, sunulan ebelik hizmetlerinin standardize edilmesi, geliştirilerek mükemmel davranışlar ortaya çıkarabilmesi açısından oldukça önemlidir (Çolak ve Can, 2021). Ulusal ve uluslararası belirlenmiş olan mesleki standartlar ebelik mesleği için ortak değerleri içermektedir. Bu ortak değerlerin amacı kanıta dayalı, bilimsel uygulamalar ışığında hizmet kalitesini arttırmaktır (Halldorsdottir ve Karlsdottir, 2011).

Ebeler kişileri ebeveynliğe hazırlayan, anneye ve bebeğe bakım veren, bakımları için gerekli eğitim hizmeti sunan, cinsellik ve üreme sağlığı konularında destekçi, hasta kişilerin iyileşmesine destekçi, antenatal eğitim veren profesyonellerdir. Ebeler toplum sağlığı hizmetlerinde de görev alarak aile-toplum odaklı hizmetleriyle toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında da önemli bir rol oynamaktadırlar (Halldorsdottir ve Karlsdottir, 2011).

Araştırmacı, eğitici, savunucu ve uygulayıcı rolleri kapsayan profesyonel sağlık disiplini olan ebeliğin amacı kanıta dayalı bilgiler ışığında sağlığın korunmasına ve iyileştirilmesine yönelik nitelikli bakım vermektir (Çolak ve Sibel, 2023).

Kadın ve aile merkezli bakımın sağlayan ebeler, gebelikten doğum sonrası bakıma, yaşam tarzı değişikliklerinden kırsal sağlık hizmetlerine kadar geniş bir alanda hizmet sunarak sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktadır. Geçmişte yardımcı rollerde görülürken, günümüzde kişi ve aile merkezli bakımın temel unsurları haline gelmişlerdir. Kronik hastalık yönetimi, sağlık eğitimi ve kanıta dayalı müdahaleler gibi birçok alanda aktif rol oynamaktadırlar (Halcomb vd., 2021).

Ebe liderliğindeki doğum hizmetleri, sezaryen oranlarını azaltarak Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği seviyelere yaklaşmakta, anne ile bebek arasındaki bağ güçlendirmekte ve yenidoğan sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Türkiye’de ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesi, kadın ve çocuk sağlığını iyileştirirken sağlık sistemine de önemli katkılar sunacaktır (Sağıroğlu ve Esencan, 2024).

Anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesi, ebelik mesleğinin güçlendirilmesi ve hizmet kalitesinin artırılmasıyla doğrudan bağlantılıdır (zbek ve ErtekinPınar, 2020). Bu doğrultuda, 2024 yılının sonlarında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “Normal Doğum Eylem Planı” hayata geçirilmiştir. Plan kapsamında, “her gebeye bir ebe” uygulaması başlatılmış, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ebe poliklinikleri açılmış ve ebelerin görev ve yetkilerini düzenleyen ebelik yönetmeliği yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2024). Normal Doğum Eylem Planının başlatıldığı yıl, aynı zamanda Ebelik yönetmeliğinin yayımlanmasıyla birlikte ebelerin sahada daha aktif rol almaya başlaması, ebelik mesleğinin toplum sağlığının gelişimindeki kritik önemini açıkça ortaya koymaktadır.

2.8.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARşILAşILAN GÜÇLÜKLER

Sağlık sistemlerinin temelini oluşturan birinci basamak hizmetleri, etkin ve erişilebilir sağlık sunumu açısından kritik bir role sahiptir; ancak bu düzeyde birçok sistemsel sorun gözlemlenmektedir. Aile hekimliği sistemi performansa tabi olan bir sistemdir. Aile hekimliği birimlerinin ilgili dönem içerisinde izlemeleri hedeflenen gebe izlem, aşılama, ocuk izlem ve bebek izlem gibi koruyucu hekimlik uygulamalarından mücbir sebepler dışında (tebliğ edilmesine rağmen izlemi yaptırmak istemeyen aileler, köy yollarının kapanması, doğa afet gibi...) yapılmayan işlemler için ücret kesintisi yapılmaktadır. 2024 yılında Aile Hekimliği Sözleşme ve deme Yönetmeliğinde yapılan değişiklik ile aile hekimliği birimlerinde yapılması gereken lohusa izlemler de performans sistemine dâhil edilmiştir (Aile Hekimliği Sözleşme ve deme Yönetmeliği, 2024). Performansa dayalı sağlık sisteminin, sağlık hizmetlerinin temel sorunlarına yeterince odaklanmadığı için sağlıkta eşitsizliklerin giderek derinleştiği düşünülmektedir. Sağlık Dönüşüm Programı çerçevesinde, birincil sağlık hizmetleri özellikle koruyucu sağlık hizmetleri alanında hala önemli zorluklarla karşılaşmakta ve bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, üreme sağlığı gibi alanlarda etkili bir hizmet sağlayamamaktadır (Çiçeklioğlu ve şevik, 2023). Uygun zaman aralıklarında özellikli grupların izlenmesi gerektiği halde, 2021 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada Türkiye genelinde elli ilin birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin olmadığı bulunmuştur (Gözlü, 2021).

2023 yılında yayınlanan Aile Sağlığı Merkezlerinde Hemşirelik ve Ebelik Hizmetleri alıştay Raporu’na göre, aile sağlığı çalışanlarının özlük haklarındaki belirsizlikler, yetki ve sorumlulukların net olmaması, hizmet kalitesindeki farklılıklar, yetersiz eğitim ve

rehberlik, fazladan sorumluluk yüklenmesi, randevulara gelmeme ve fiziki altyapı eksiklikleri gibi sorunların, kurumlar arası koordinasyon eksikliklerine ve sağlık çalışanlarının motivasyon kaybına yol açtığı vurgulanmaktadır (Gür vd., 2023). Aynı yıl Niğde’de gerçekleştirilen bir araştırmada ise, aile sağlığı çalışanlarının %90,8’i halkın güncel iletişim ve adres bilgilerine ulaşamamaktan, %81,8’i görev tanımlarının net olmamasından ve %79,4’ü ise geleceğe dair belirsizlikten dolayı memnuniyetsizlik yaşadığını belirtmiştir (Teleş, 2023). Kadınlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ve aile sağlığı çalışanlarının rollerini tam olarak ayırt edememektedir. Ebelerin yalnızca gebelik ve doğum sonrası bakım sunduğu düşünülmekte, kadın sağlığının korunmasındaki rolleri yeterince bilinmemektedir. Bu nedenle, birincil sağlık hizmetlerinde görevli ebelerin yeterliliği konusunda toplumu bilgilendirmeye ve ebelik mesleğini tanıtmaya yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir (Piechowska vd., 2018). Aile hekimliği sistemi, sağlık çalışanlarının iş memnuniyeti ve hizmet kalitesi üzerinde doğrudan etkili bir yapıya sahiptir. Yapılan çalışmalar, sağlık personelinin üçte ikisinin aile sağlığı çalışanı olmaktan genel olarak memnun olduğunu, ancak pek çoğunun aile hekimliği sistemine dair çeşitli kaygılar taşıdığını ortaya koymaktadır. Mesleki tatmini azaltması ve özlük haklarını yeterince korumaması, çalışanların motivasyonunu düşürerek sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir (Omaç Sönmez ve Sevindik, 2013). Sağlık kuruluşları arasında, gebelik, lohusalık, bebek ve çocuk takibi için sürekli bir bildirim sistemi bulunmaması da birinci basamak hizmetlerinin işleyişi önündeki engellerden birisidir. Mevcut bildirim formları kullanılarak, İl Sağlık Müdürlüğü ile düzenli ve hızlı veri paylaşımı sağlanamamaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bu süreçlerin düzgün bir şekilde yapılması ve kaydedilmesinde büyük eksiklikler yaşanmakta, izlem sayısı ve kalitesi istenilen düzeyde olmamaktadır (Kartal vd., 2010).

Literatürde, aile hekimliği birimlerinde gerçekleştirilen gelişimsel taramaların gelecek açısından taşıdığı önem vurgulanmakta; ancak sağlık personeli sayısındaki yetersizlik nedeniyle bu taramaların kalitesinin düşük kaldığı ifade edilmektedir (Keskin, 2021). Aile Hekimliği birimlerinde yapılan izlem ve ziyaretlerin amacı çiftlerle iş birliği yaparak henüz gebelik oluşmadan riskleri saptamak ve kadın, anne, bebek, fetüs sağlığını üst düzeye çıkarmaktır. Yapılan çalışmalar gebelerin gebelik öncesi danışmanlık ve bakım alma durumlarının değerlendirilmesinin yetersiz olduğunu göstermektedir (Aktaş, 2024).

Literatürde aile hekimliği birimlerinde uygulanan ebelik hizmetlerinin kalitesini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

2.9. SAĞLIK HİZMET MEMNUNİYETİ VE MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta memnuniyeti, yaşam tarzı, gelecek beklentileri, geçmiş deneyimler, bireysel ve toplumsal değerler gibi birçok faktörden etkilenen karmaşık bir kavramdır. Bakımın nasıl algılandığı ve hastanın beklentilerinin karşılanması, memnuniyetin belirleyici unsurları arasındadır. Ancak, hasta memnuniyeti kişiden kişiye ve hatta aynı kişi için farklı zamanlarda bile değişebilmektedir. Beklentilerin karşılanması, memnuniyetin sağlanmasında kritik bir rol oynarken, araştırmalar beklentisi düşük ve sağlık bilgisi sınırlı bireylerin daha memnun olduğunu, buna karşılık bilgili ya da yüksek beklentiye sahip hastaların memnuniyet düzeyinin daha düşük olabileceğini göstermektedir (Özkara, 2006).

Memnuniyeti belirleyen faktörler üç ana grupta toplanabilir:

Bireysel faktörler: Kişilik, algı, motivasyon, sosyal çevre ve aile yapısı gibi psikolojik ve sosyokültürel özellikler.

Sağlık çalışanlarına bağlı faktörler: Hekim ve sağlık personelinin iletişimi, ilgisi, saygısı ve tıbbi bilgi düzeyi.

Kurumsal ve çevresel faktörler: Sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel ortamın koşulları, hijyen, bürokratik süreçler ve maliyet gibi unsurlar.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen en yaygın faktörlerden biri ilaç yazdırma taleplerinin karşılanmasıdır. Hizmetlerin verimli kullanımına ve ebelik hizmetlerine yönelik araştırmaların yetersiz olduğu göze çarpmaktadır (Gamsızkan ve Cangür, 2024). Hasta memnuniyeti genellikle anketler, telefon görüşmeleri, gözlemler ve odak grup çalışmaları gibi yöntemlerle ölçülmektedir. Aile hekimliği sistemi, birey merkezli hizmet anlayışıyla hastalarla güçlü bir iletişim kurmayı hedefler. Memnuniyetin artması, hastaların sağlık personelinin önerilerine uyumunu güçlendirerek gereksiz sevk oranlarını azaltmaktadır (Üstün ve Cezlan, 2021). Gebelik ve doğum sonrası süreçteki çeşitli faktörler, annelerin doğum sonu bakım memnuniyetini farklı şekilde etkileyebilir. Genel olarak, annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu gibi demografik özelliklerinin memnuniyet üzerinde belirgin bir etkisi bulunmazken, gelir düzeyinin yüksek olması, sezaryen doğum yapılması ve doğum sonrasında sorun yaşanması gibi durumlar, doğum sonu bakım memnuniyetini olumsuz

yönde etkilemektedir (Karaahmetoğlu ve Durmuş, 2024). Literatürdedoğum sonrası annelere sunulan ebelik bakımının; dikiş kontrolü, perine bakımı, hijyen, kabızlık yönetimi ve giyinme gibi konularda yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, taburculuk sürecinde bebek bakımı, hijyen, doğum sonrası kanama takibi, evde bakım, aile planlaması ve ruhsal değişimler gibi konulara yönelik eğitimin de eksik olduğu belirlenmiştir. Ancak bu eksikliklere rağmen annelerin aldıkları ebelik bakımdan genel olarak memnun olduğu gözlemlenmiştir (Esencan vd., 2022; Gürcüoğlu ve Vural, 2018). Sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve aile hekimliği sisteminin toplumdaki algısını değerlendirmek için hasta memnuniyetinin düzenli olarak ölçülmesi ve alınan geri bildirimlere göre hizmetlerin iyileştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, sağlık personelinin bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmesi, memnuniyeti artırmanın temel yollarından biridir. Sürekli eğitim ve motivasyon desteği, hizmet kalitesini yükseltirken, hasta memnuniyetinin sağlanması sağlık kuruluşlarının genel performansını da olumlu yönde etkilemektedir (Söyleyici, 2010).



3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, metodolojik türde tasarlandı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMANI

Araştırma Aralık 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında, Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesi ve Bilecik İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı aile hekimliği birimlerinde gerçekleşti.

Araştırmanın yapıldığı ilde doğum hizmeti sunan iki hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerden Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, “Bebek Dostu Hastane” unvanına sahip olup, “Anne Dostu Hastane” olma yönünde çalışmalarını sürdürmektedir. Bozüyük Devlet Hastanesi ise hem “Anne Dostu Hastane” hem de “Bebek Dostu Hastane” unvanlarına sahiptir.

İl genelinde toplam 29 aile sağlığı merkezi ve 84 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. Bu birimlerde görev yapan toplam 65 aile sağlığı çalışanı mevcuttur. Söz konusu çalışanların 20’si ebe, 34’ü hemşire, 4’ü acil tıp teknisyeni (ATT) ve 7’si sağlık memuru unvanına sahiptir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bilecik ilinde birinci basamakta ebellek hizmeti alan üreme çağındaki kadınlar oluşturdu. Ölçek geliştirme araştırmalarında, örneklem hacminin ilişkilerin güvenilir bir biçimde belirlenmesini sağlayacak büyüklükte olması önemlidir. Literatürde örneklem hacmi için ölçekte yer alan madde sayısının en az 5-10 katı olması önerilmektedir (Burns ve Grove,2009; Büyüköztürk, 2024). Bu doğrultuda, araştırmanın örneklem büyüklüğünün Kadınların Birinci Basamak Ebellek Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği taslak formundaki madde sayısının (30 madde) 5 ila 10 katı arasında olması amaçlandı. Araştırmanın örneklemine dahil edilmeme kriterlerini sağlayan 500 katılımcı oluşturdu. 305 katılımcıdan alınan veriler ile açımlayıcı faktör analizi yapılırken, 195 katılımcıdan alınan veriler ile doğrulayıcı faktör analizi yapıldı.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Üreme çağında (15-49 yaş aralığında) olan,
- Birinci basamakta ebellek hizmeti almış olan,
- Sözel iletişim kurabilen
- Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar araştırmaya dâhil edildi.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmak istemeyen,
- Anket sorularının tamamına cevap vermeyen katılımcılar araştırmadan çıkarıldı.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Taslak Formu” ile toplandı.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Tanıtıcı Bilgi formunu araştırmacılar tarafından literatür taranarak katılımcıların yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu gibi sosyo-demografik bilgilerinin yanı sıra birinci basamaktan alınan ebelik hizmet deneyimlerini içeren toplam 9 soru oluşturdu (Aslan, 2024; Bambal vd.,2010; Öksüz ve Malhan, 2005).

3.4.2. Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Taslak Formu

Literatür incelendiğinde, Ülkemizde kadınların birinci basamaktaki ebelik hizmetlerinden memnuniyetlerini değerlendiren bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Dolayısıyla araştırmamız bu konuda yapılan ilk ölçüm aracı olma özelliğindedir. Veri toplama sırasında 30 maddeden oluşan Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Taslak Formu kullanıldı.

Ölçekteki maddeler beşli likert tipi olup, ölçeğin puanlanması “Kesinlikle katılıyorum: 5”, “Katılıyorum: 4”, “Kararsızım: 3”, “Katılmıyorum: 2”, “Kesinlikle katılmıyorum: 1” şeklindedir. Ölçekte ters puanlanan madde yer almamaktadır. Madde puanlarının toplanması ile ölçek puanlamasında alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 150’dir. Ölçekten alınan puanın artması birinci basamaktan alınan ebelik hizmetleri memnuniyetinin yükseldiğini göstermektedir.

3.5. ÖLÇEK GELİŞTİRME SÜRECİ

Ölçek geliştirme süreci, literatür taraması ve madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşüne sunulması, pilot uygulama, madde analizleri, yapı geçerliliği ve güvenilirlik analizlerini içeren aşamalardan oluşmaktadır.

3.5.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Madde havuzunun oluşturulması sürecinde, kadınların birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyet düzeylerini değerlendirmeye yönelik kapsamlı bir ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amaçlandı. Literatürdeki birinci basamak sağlık

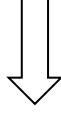
hizmetleri, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, ebelik hizmetleri, ebelik etik kodları, ebelik bakım ve danışmanlığı konuları taranarak, elde edilen veriler ile birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyet düzeylerini değerlendirmeye yönelik 78 ifade içeren madde havuzu oluşturuldu (Aslan, 2024; Birinci ve Er, 2022; Güldal vd., 2019; Üçüncü ve Özgülner, 2019; Erci vd., 2017; Karaçam, 2016; Yücel, 2016; Özkara, 2006; Öksüz ve Malhan, 2005).

3.5.2. Uzman Görüşlerinin Alınması ve Kapsam Geçerliliği

Araştırmacılar tarafından 78 ifadelik madde havuzundan ölçek maddesi olabileceği düşünülen 31 madde alınarak taslak ölçek hazırlandı. Taslak ölçek içerik, ifade, imla uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Türkçe dil ve anlatım bilgisi alanında 2 uzman ve istatistik alanında 2 uzman görüşüne sunuldu. Uzmanların değerlendirmelerinden sonra gerekli değişiklikler yapıldı. Kapsam geçerliliği için 31 maddelik taslak ölçek ebelik alanında 7 uzmana (6 akademisyen ebe ve 1 birinci basamakta görevli uzman ebe) e-posta yoluyla gönderildi (Tablo 3.1.). Tasarlanan maddelerin amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için 1-4 arasında puan vermeleri istendi. Uzmanların değerlendirmeleri sonucunda taslak ölçeğe 1 madde eklenerek ölçekten 2 madde çıkarıldı. Bu aşamada taslak ölçek 30 madde olarak revize edildi.

Kadınların birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyet değerlendirme ölçeği taslak ölçeğinin hazırlanma aşamaları

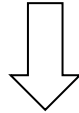
Literatür incelemesi ile kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerinden memnuniyetlerini değerlendirmeye yönelik 78 maddelik soru havuzu oluşturulmuştur.



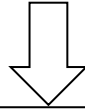
Araştırmacı ve bir uzman tarafından ölçek maddesi olabileceği düşünülen ifadeler belirlenerek, 31 maddelik deneme ölçeği hazırlanmıştır.



Deneme ölçeği maddelerinin içerik, ifade, imla uygunluğu için istatistik alanında 2 uzman ve Türk Dili ve Edebiyatı alanında 2 uzmanından ön değerlendirme alınmış ve gerekli değişiklikler yapılmıştır. Kapsam geçerliliği için 31 maddelik deneme ölçeği ebelik alanında 7 uzmana gönderilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda 1 madde ölçeğe eklenmiş, 2 madde ölçekten çıkartılmıştır. Yapılan analiz sonucu deneme ölçeği 30 maddeye indirilmiştir.



Ölçek, örneklem grubuna uygulanarak veriler toplanmıştır.



Örneklem sayısına ulaşılmasının ardından, geçerlik-güvenirlilik analizleri yapılmıştır. Analizler sonucunda 25 olumlu maddeden oluşan Kadınların birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyet değerlendirme ölçeği (EK-2) geliştirilmiştir.

Çalıştığı Kurumlar	Sayı	Akademik Unvan
Çukurova Üniversitesi Abdi Sütçü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	1	Doç.Dr.
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2	Dr. Öğr. Üyesi
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	1	Dr. Öğr. Üyesi
KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	1	Dr. Öğr. Üyesi
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	1	Dr. Öğr. Üyesi
Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü	1	Uzman Ebe

Tablo 3.1. Kapsam Geçerliliği İçin Ölçek Madde Havuzunu Değerlendiren Uzmanlar

3.5.3 Pilot Uygulama Yapılması

Kapsam geçerliliğın ardından hedef kitleyi temsil eden basit rastlantısal yöntemle seçilen 30 katılımcıya veri toplama araçları pilot olarak uygulaması yapıldı (pilot uygulama yapılan 30 gebe örnekleme dâhil edilmedi). Kişiler tarafından soruların anlaşılabilirlik düzeyleri zamana bağılı değişmediğı için uygulama aşamasına geçildi. Pilot uygulamada her bir madde katılımcılar tarafından anlaşılabilirlik, cümlemin açıklığı ve netliğı açısından değerlendirildi. Katılımcıların geri bildirimleri sonucunda anlaşılmayan maddelerin olmadığı belirlendi. Bu aşama sonrası taslak ölçek, örneklem grubuna uygulanarak veriler toplandı.

3.5.4. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinin Yapılması

Örneklem sayısına ulaşılmasının ardından, geçerlik-güvenirlilik analizleri yapıldı. Analizler sonucunda 25 maddeden oluşan Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeğı (EK-2) geliştirildi.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri, Aralık 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik Bozüyük Devlet Hastanesi ve Bilecik İl Sağlık Müdürlüğüne bağılı aile hekimliğı birimlerine başvuran katılımcılar ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme metodu ile toplandı. Katılımcılar, araştırmaya gönüllülük esasına göre dahil edildi. Anket formunu sessiz, dikkat dağıtıcı unsurlardan arındırılmış ve uygun ortamlarda bireysel

olarak doldurdular. Anketlerin uygulanması sırasında araştırmacı ortamda bulundu ancak yönlendirici herhangi bir müdahalede bulunmadı. Veri toplama sürecinden önce tüm katılımcılara gerekli bilgilendirme yapıldı ve bilgilendirilmiş onamları alındı. Veri toplama süreci yaklaşık 15 dk. sürdü. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği için 30 katılımcı ile 15 gün sonra ikinci kez yüz yüze görüşülerek formlar dolduruldu.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın veri analizinde IBM SPSS Statistics 26 (SPSS Inc., Chicago, IL) ve Lisrel 8.80 programları kullanıldı. Öncelikle veri kontrol edilerek hatalı ya da eksik veri olup olmadığı incelendi. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları verildi. Ölçeğin tüm maddelerine göre madde istatistikleri verilerek ayırt edicilikleri incelendi. Ölçeğin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) uygulandı. Güvenirlik analizleri Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve Test Tekrar Test Yöntemi ile değerlendirildi. Test tekrar test güvenirliğinde, katılımcıların öncesindeki ve sonrasındaki ölçek puanları arasında Pearson korelasyon yöntemi kullanıldı. İstatistiksel analizler $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde incelendi.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:24.10.2024 Karar No: 2024/12-02) etik onay alındı (EK-3). Çalışmanın yapılabilmesi için Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izinleri alındı (EK-4). Ayrıca araştırmaya katılacak tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alındı (EK-5). Araştırma veri toplama sürecinde Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyuldu.

Tablo 3.2.Araştırma Takvimi

FAALİYETLER	Haziran- Ağustos 2024	Eylül 2024	Ekim 2024	Kasım 2024	Aralık 2024	Ocak 2024	Şubat 2025	Mart 2025	Nisan 2025	Mayıs 2025
Literatür inceleme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Tez araştırma önerisi	X									
Madde havuzu oluşturulması	X									
Madde Havuzunun uzman görüşüne sunulması		X	X							
Pilot çalışma yapılması				X						
Veri toplanması					X	X	X			
Veri analizi							X			
Tez yazımı				X	X	X	X	X	X	
Tez sunumu										X

4.BULGULAR

4.1. KAPSAM GEÇERLİLİĞİ

Kapsam geçerliliği sürecinde uzman görüşlerinden elde edilen sonuçlar için kapsam geçerlik oranı (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplandı. Bu bağlamda yapılan hesaplamalar Microsoft Excel programı kullanılarak yapıldı.

KGO maddelerin ölçme aracında yer alması ya da almamasına yönelik bir madde indeksi olup Lewishe (1975) KGO'nun aşağıdaki formül ile hesaplandığını belirtildi (Lawshe, 1975).

$$KGO = \frac{N_u}{\frac{N}{2}} - 1$$

Nu maddeyi uygun olarak belirten uzman sayısının frekansın gösterirken N ise toplam uzman sayısını göstermektedir. KGO değerleri elde edildikten hangi maddelerin ölçme aracından çıkarılması gerektiğine yönelik 0,05 anlamlılık düzeyindeki kritik değere bakılmış ve bu değer altında olan maddeler çıkarılması gerekir. 7 uzman için gerekli olan minimum Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) 1,000 olarak belirtilmiştir ve bu değer altında bir KGO'ya sahip olan maddelerin çıkarılması gerekir. KGİ ise KGO değerleri anlamlı çıkan maddelerin oranı alınarak elde edilir. KGİ değeri KGO değerine büyük ya da eşit ise o zaman kapsam geçerliği anlamlıdır (Ayre ve Scally, 2014). Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği kapsamında 7 uzmanın değerlendirmesine göre, 10 ve 11 numaralı maddelerin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) 0.714 olarak hesaplandı. Bu değer, kabul edilen ölçüt olan 1'in altında olduğu için, bu iki madde ölçekten çıkarıldı. Diğer tüm maddelerin KGO değeri 1,000 olarak belirlendi ve anlamlı bulundu (Tablo 4.1). Uzman görüşleri doğrultusunda önerilen yeni bir madde ölçeğe eklendi. Ölçek numaralandırılması yeniden yapılarak taslak ölçeğe son şekli verildi. Anlamlı maddelerin ortalamasıyla hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ise 1,000 olarak saptandı. Bu bulgulara göre ölçeğin kapsam geçerliliği sağlandı.

Tablo 4.1.Her Bir Alt Boyutta Maddeler İçin Hesaplanan KGO Değerleri

Maddeler	KGO	Maddeler	KGO
m1	1,000	m17	1,000
m2	1,000	m18	1,000
m3	1,000	m19	1,000
m4	1,000	m20	1,000
m5	1,000	m21	1,000
m6	1,000	m22	1,000
m7	1,000	m23	1,000
m8	1,000	m24	1,000
m9	1,000	m25	1,000
m10	0,714*	m26	1,000
m11	0,714*	m27	1,000
m12	1,000	m28	1,000
m13	1,000	m29	1,000
m14	1,000	m30	1,000
m15	1,000	m31	1,000
m16	1,000		
KGİ değeri: 1,000			

*KGO değeri, KGÖ kritik değerinin (1,000) altındaki maddeler

4.2. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Araştırmada yer alan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ait bilgiler Tablo 4.2. de yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,08 \pm 8,86$ (minimum 16,00- maksimum 49,00) dur. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; eğitim durumuna göre dağılımları ilkokul mezunu (%5), ortaokul mezunu (%7,4), lise mezunu (%22), üniversite ve üzeri mezunu (%65) ve okur yazar olmayan (%0,6) şeklindedir. Çalışma durumu açısından, katılımcıların (%60)'ı çalışmakta, (%40)'ı ise çalışmamaktadır. Ekonomik durumlarına göre, gelirinin giderinden düşük olduğunu belirten katılımcılar (%29,8), gelirinin giderine denk olduğunu belirtenler (%57) ve gelirinin giderinden yüksek olduğunu belirtenler (%13,2) şeklinde bir dağılım göstermektedir. Katılımcıların yaşadıkları yer açısından dağılımı il (%74), ilçe (%24) ve köy (%2) olarak belirlendi. Medeni durumları evli (%74,8) ve bekar (%25,2) olarak saptandı. Çocuk sayısına göre dağılım hiç çocuğu olmayanlar (%29,2), 1 çocuğu olanlar (%24,6) ve 2 veya daha fazla çocuğu olanlar (%46,2) şeklindedir. Hasta olduğunda tavsiye aldıkları yer aile sağlığı merkezi (%43,4), devlet hastaneleri (%47), üniversite hastaneleri (%21) ve özel hastaneler (%5,4) olarak belirlendi. Kadın sağlığı ile ilgili durumlarda ilk başvuru yeri aile hekimi (%13,6), aile sağlığı merkezinde görevli ebe (%25,2), kadın doğum uzmanı (%58,6), acil servis (%0,4) ve diğer sağlık hizmetleri (%2,2) olarak saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=500)

Değişkenler	Grup	f(%)
Eğitim	İlkokul mezunu	25(5,0)
	Ortaokul mezunu	37(7,4)
	Lise mezunu	110(22,0)
	Üniversite ve üzeri	325(65,0)
	Okur yazar değil	3(0,6)
Çalışma	Evet	300(60,0)
	Hayır	200(40,0)
Ekonomik	Gelir giderden düşük	149(29,8)
	Gelir gidere denk	285(57,0)
	Gelir giderden yüksek	66(13,2)
Yaşadığınız yer	İl	370(74,0)
	İlçe	120(24,0)
	Köy	10(2,0)
Medeni durum	Evli	374(74,8)
	Bekar	126(25,2)
Çocuk sayısı	0	146(29,2)
	1	123(24,6)
	2 ve üzeri	231(46,2)
Hasta olduğunda tavsiye aldığınız yer	Aile sağlığı merkezi	217(43,4)
	Devlet hastaneleri	235(47,0)
	Üniversite hastaneleri	21(4,2)
	Özel hastaneler	27(5,4)
Kadın sağlığı ile ilgili durumlarda ilk başvuru yeri	Aile hekimi	68(13,6)
	Aile sağlığı merkezinde görevli ebe	126(25,2)
	Kadın doğum uzmanı	293(58,6)
Yaş	Ortalama $\bar{x}$ SS	34,08 $\pm$ 8,86
	Minimum	16,00
	Maksimum	49,00

4.3. MADDE ANALİZLERİ

Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği'nin maddelerine ilişkin madde analizi yapıldı (Tablo 4.3). Her bir maddeye ilişkin ortalama, standart sapma ve madde ayırt ediciliklerini ifade eden madde toplam korelasyon değerleri verildi. Ortalamanın yükselmesi ilgili maddenin yapılma sıklığının fazla olduğunu göstermektedir (Özçelik, 2010). Katılım oranı en yüksek olan 29 numaralı madde ($X=4.21$, $ss=0.85$) olup en düşük olan ise 11 numaralı madde ($X=3.51$, $ss=1.27$) olarak saptandı. Madde toplam korelasyonu maddelerin ayırt edicilik düzeylerini gösteren bir istatistik olup madde ayırt ediciliğinin 0.30'dan büyük olması ayırt edicilik için yeterli olduğu belirtilmektedir (Özçelik, 2010). 0.20'den düşük olan maddeler ise ölçekten çıkarılması gerekir. Bu bağlamda ölçekteki madde toplam korelasyonları 0,618-0,881 arasında elde edilmiş olup tüm maddelerin ayırt edici olduğu saptandı.

Tablo 4.3.Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Madde Analizleri Tablosu

Madde	Ortalama	ss	Madde-Toplam Korelasyonu
m1	3,99	0,93	0,765
m2	4,00	0,88	0,805
m3	4,06	0,91	0,787
m4	3,83	1,00	0,673
m5	3,80	1,02	0,798
m6	3,78	1,04	0,789
m7	4,03	0,85	0,76
m8	3,77	1,03	0,679
m9	3,78	1,02	0,647
m10	3,78	1,03	0,751
m11	3,52	1,27	0,678
m12	3,73	1,08	0,811
m13	4,10	0,84	0,82
m14	3,87	1,03	0,767
m15	3,95	0,95	0,803
m16	4,02	0,89	0,862
m17	4,01	0,90	0,881
m18	3,92	0,99	0,844
m19	4,13	0,88	0,751
m20	4,18	0,86	0,813
m21	4,15	0,83	0,798
m22	3,89	1,03	0,819
m23	4,08	0,86	0,858
m24	3,70	1,07	0,618
m25	3,81	1,01	0,733
m26	3,99	1,00	0,664
m27	4,11	0,86	0,756
m28	3,95	1,03	0,813
m29	4,21	0,85	0,761
m30	4,08	0,90	0,813

4.4. GEÇERLİK ANALİZLERİ

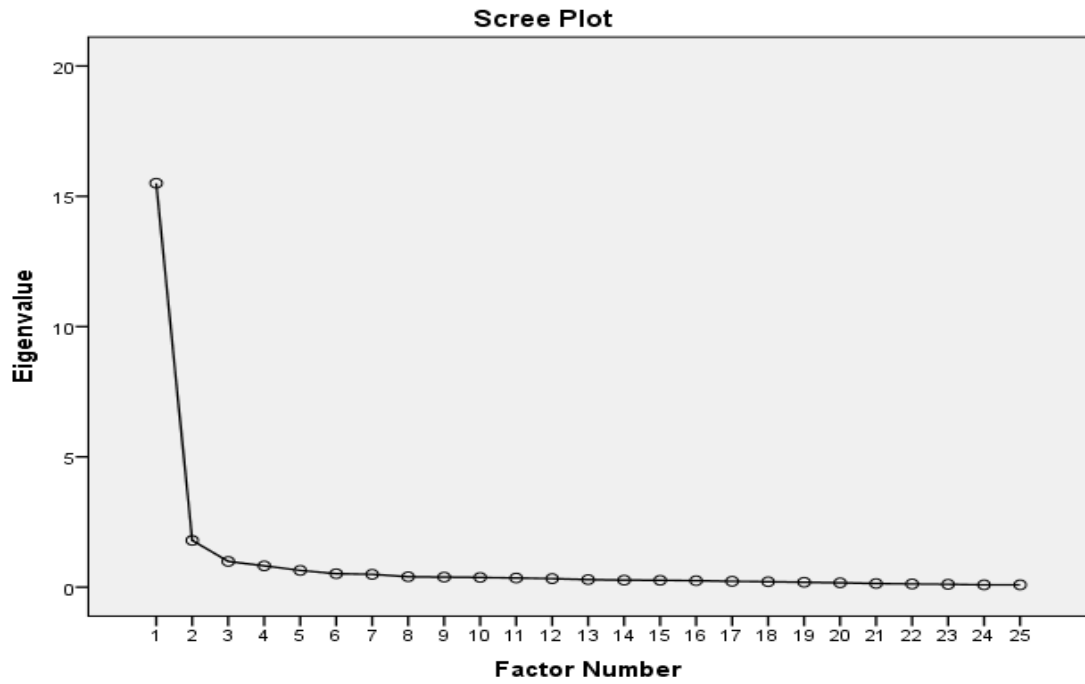
Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği için yapı geçerliğinde açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yöntemi kullanıldı. 30 madde olarak geliştirilen ölçek 500 katılımcıya uygulandı. Katılımcılardan rastgele seçilen yaklaşık %60'lık bir grup üzerinde AFA yöntemi, geri kalan katılımcılardan elde edilen veriler için ise DFA yöntemi kullanıldı.

4.4.1 Açımlayıcı Faktör Analizi

Çok değişkenli istatistiksel yöntem olan Açımlayıcı faktör analizi (AFA) yöntemi fazla sayıda birbiri arasında ilişki bulunan değişkenlerde daha az sayıda örtük ya da gizil yapıyı oluşturmayı amaçlar (Henson ve Roberts, 2006). AFA için çeşitli varsayımlar sağlanmalıdır. Ölçek maddeleri için uç değerlerin kontrol edilmesi gerekir. Uç değer kontrolünde maddelerin z z değeri ± 3.30 aralığı dışında ise uç değerdir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği için AFA yapılan veride herhangi bir uç değere rastlanmamıştır. Araştırmada açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapılmadan önce verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi ve Bartlett Küresellik testi uygulandı. KMO = 0,966, Bartlett küresellik testi ($X^2 = 7855.589$, $sd=300$, $p=.000$) saptandı (Tablo 4.4.). Dolayısıyla AFA için seçilen örneklem büyüklüğü yeterli olup veri setinin AFA için uygun olduğu belirlendi. Bu aşamadan sonra ölçeğin yapı geçerliğini belirleyebilmek amacıyla elde edilen veriler üzerinden, herhangi bir faktör sınırlandırması yapılmaksızın temel eksen faktör çıkarma (principal axis factoring) yöntemi ve varimaks döndürme tekniği kullanılarak açımlayıcı faktör analizi yapıldı.

AFA analizi sonucunda binişik olarak elde edilen ve faktör yükleri arasındaki farklılık 0,10'dan az olan 5 madde (18, 22, 27, 29, 30) ölçekten çıkarılarak, 25 madde üzerinden AFA sonuçları raporlandı (Tablo 4.4.). Ölçeğin döndürülmüş sonuçları incelendiğinde özdeğeri 1'den büyük olan üç alt boyut belirlenerek birinci alt boyutun özdeğeri 8,909, ikinci alt boyutun özdeğeri 4,33 ve üçüncü alt boyutun özdeğeri 4,183 olarak saptandı. Her bir faktörün açıkladıkları varyanslar ise sırasıyla 35,638, 17,32 ve 16,731 olup, bu üç faktör toplam varyansın %69,688'ini açıklamaktadır. Birinci alt boyutta 17 madde yer almış olup bu maddeler için faktör yükleri 0,602-0,775 arasında elde edildi. İkinci alt boyutta 4 madde (24, 25, 26 ve 28) yer almış olup bu maddeler için faktör yükleri 0,706-0,751 arasındadır. Son olarak üçüncü alt boyutta 4 madde (19,20,21 ve 23) yer almış olup

bu maddeler için faktör yükleri 0,578-0,779 arasında elde edildi. AFA sonucunda faktör yapısı güçlü olan ve 3 alt boyutlu bir yapı elde edildi. Şekil 4.1’de ölçeğin faktör yapısından elde edilen açıklayıcı faktör analizi sonucunda yamaç birikinti grafiği gösterilmiştir. Grafik incelendiğinde üçüncü noktadan itibaren düzleşmeye başlamıştır ve dolayısıyla üç alt boyutlu olduğu söylenebilir. AFA sonucunda elde edilen alt boyutlar; birinci altboyut “Ebelik Hizmetleri”, ikinci alt boyut “Saygı ve Mahremiyet” ve üçüncü alt boyut ise “Kurum Fiziki Ortam Koşulları” olarak isimlendirildi. Kalan maddeler yeniden numaralandırıldı.



Şekil 4.1. Yamaç Birikinti Grafiği

Tablo 4.4. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Döndürülmüş Faktör Yüğü Matrisi

Maddeler	Alt boyut 1	Alt boyut 2	Alt boyut 3
1	0,643		
2	0,677		
3	0,623		
4	0,616		
5	0,725		
6	0,766		
7	0,695		
8	0,766		
9	0,659		
10	0,739		
11	0,602		
12	0,611		
13	0,685		
14	0,696		
15	0,775		
16	0,68		
17	0,687		
24		0,731	
25		0,751	
26		0,717	
28		0,706	
19			0,578
20			0,779
21			0,709
23			0,706
Özdeğer	8,909	4,33	4,183
Açıklanan Varyans	35,638	17,32	16,731
Toplam Varyans: 69,688			
KMO: 0,966; Bartlett: χ^2 (300)=7855.589; p<.001			

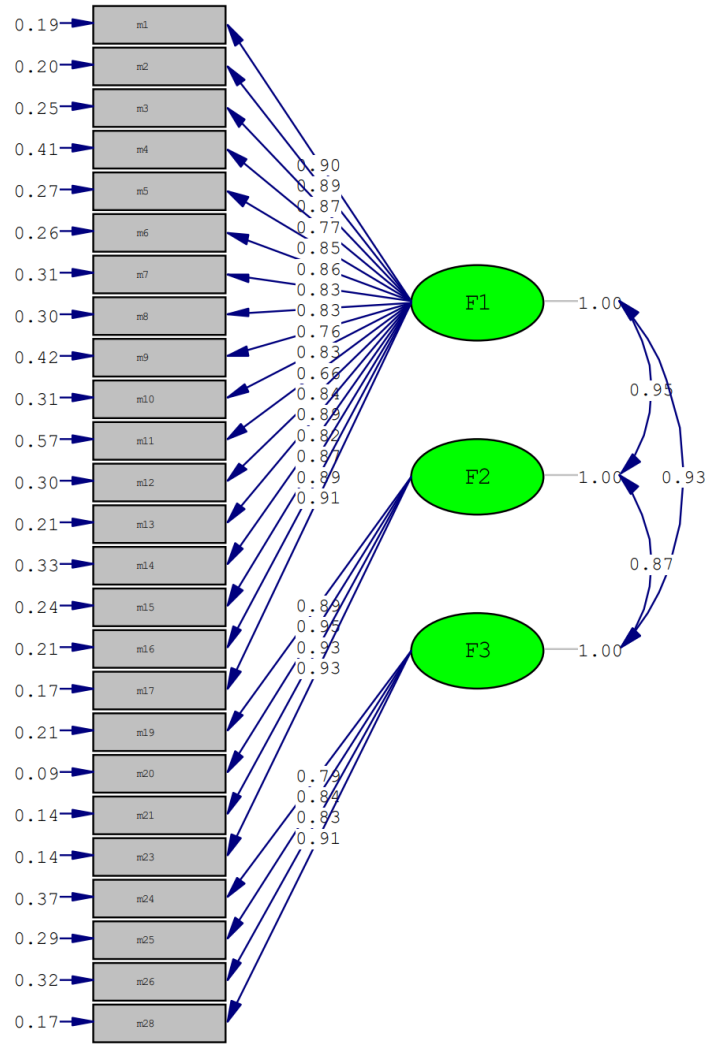
4.4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonucunda 25 maddelik ve 3 alt boyutlu olarak elde edilen ölçeğin faktör yapısının geçerliğine kanıt sağlamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) çalışması yapıldı. DFA analizine başlamadan önce uç değer kontrol edilmiş olup uç değere rastlanmamıştır. DFA’da öncelikle madde ile faktörler arasında elde edilen faktör yüklerinin anlamlılık durumu incelendi. Faktör yüklerinin T değerleri, %95 güven aralığındaki kritik değer olan ± 1.96 aralığı dışında olduğunda faktör yükleri anlamlıdır (Çokluk vd., 2010). Ölçeğin DFA analizi sonucundaki T değerleri incelendiğinde tüm maddelerin T değerlerinin 1.96’dan büyüktür. Dolayısıyla DFA analizindeki tüm maddelerin ilişkili oldukları faktörlerde anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. T Değer Tablosu

Maddeler	T değer
1	16,19*
2	16,04*
3	15,22*
4	12,73*
5	14,82*
6	14,96*
7	14,16*
8	14,32*
9	12,57*
10	14,17*
11	10,3*
12	14,4*
13	15,93*
14	13,96*
15	15,33*
16	15,9*
17	16,56*
19	15,8*
20	17,86*
21	17,07*
23	16,94*
24	13,07*
25	14,29*
26	13,92*
28	16,39*

Ölçeğin DFA analizi sonucunda madde faktör yüklerinin standart değerleri Şekil 4.2’de gösterilmektedir. Ebelik Hizmetleri alt boyutunda standart faktör yükleri 0.66-0.91; Saygı ve Mahremiyet alt boyutunda 0.89-0.95; Kurum Fiziki Ortam Koşulları alt boyutunda 0.79- 0.91 arasında elde edildi. Genel olarak DFA analizinde de elde edilen faktör yükleri yüksek düzeyde saptandı.



Chi-Square=891.46, df=270, P-value=0.00000, RMSEA=0.096

Şekil 4.2. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Standart Faktör Yükleri Grafiği (F1: Alt boyut 1, F2: Alt boyut 2, F3: Alt boyut 3)

Ölçeğin üç alt boyutlu yapısının DFA analizinde modelinin uyum iyiliği indekslerinin $\chi^2/df = 3,30$; RMSEA = 0.096; CFI = 0.98; NFI=0.97; IFI = 0,98; SRMR = 0,037 olduğu ve iyi uyum ve mükemmel uyum değerleri aldığı saptandı (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Model Veri Uyumu Tablosu

İndeks	Mükemmel Uyum	İyi Uyum	Araştırma Bulgusu	Sonuç
χ^2/sd	0-3	3-5	3,30	İyi Uyum
RMSEA	$,00 \leq RMSEA \leq ,05$	$,05 \leq RMSEA \leq ,10$	0,096	İyi Uyum
CFI	$,95 \leq CFI \leq 1,00$	$,90 \leq CFI < ,95$	0,98	Mükemmel Uyum
NFI	$,95 \leq NFI \leq 1,00$	$,90 \leq NFI < ,95$	0,97	Mükemmel Uyum
IFI	$,95 \leq IFI \leq 1,00$	$,90 \leq IFI < ,95$	0,98	Mükemmel Uyum
SRMR	$,00 \leq SRMR \leq ,05$	$,05 \leq SRMR \leq ,10$	0,037	Mükemmel Uyum

(Schumacker & Lomax, 2015)

4.5. GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

4.5.1.Cronbach Alfa Katsayısı

Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği genel ve alt boyutları için güvenirlik Cronbach alfa katsayısı ile incelendi. DFA’ da doğrulanan yapıya ilişkin güvenirlik sonuçları incelendiğinde; tüm ölçek için 0,983 olarak saptandı. Ölçekteki tüm maddeler değerlendirildiğinde faktörün güvenirliğini düşüren madde olmadığı tespit edildi. Dolayısıyla güvenirlik analizi sonucunda herhangi bir madde çıkarımına gidilmedi. Ölçeğin alt boyutları için güvenirlik sonuçları incelendiğinde; Ebelik Hizmetleri alt boyutunda 0,976; Saygı ve Mahremiyet alt boyutunda 0,958 ve Kurum Fiziki Ortam Koşulları alt boyutunda 0,910 olarak elde edildi. Tüm güvenirlik katsayısı 0,90 üzerindedir ve yüksek düzeyde güvenilirlik. Sonuç olarak DFA uygulanan grup içinde ölçümlerin güvenirliği yüksek düzeyde olarak saptandı (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Ölçek Güvenirlik Tablosu

Ölçek ve alt boyutları	Alfa	n
Ebelik Hizmetleri	0,976	17
Saygı ve Mahremiyet	0,958	4
Kurum Fiziki Ortam Koşulları	0,91	4
Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği	0,983	25

4.5.2. Test Tekrar Test Yöntemi

Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği'nin test tekrar test geçerliliği 30 katılımcıya 15 gün sonra ikinci kez uygulanarak incelendi. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Ölçeği genel puanları öntest ve son testleri arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişki saptandı ($r=0,983$, $p<0,01$). Benzer şekilde Ebelik Hizmetleri ($r=0,924$ $p<0,01$), Saygı ve Mahremiyet ($r=0,915$, $p<0,01$) ve Kurum Fiziki Ortam Koşulları ($r=0,964$, $p<0,01$) alt boyutları öntest ve son testleri arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişki saptandı. Dolayısıyla araştırmada test tekrar test geçerliğinin sağlandığı belirlendi (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Test tekrar test geçerlik tablosu

Ölçek ve alt boyutları	r	p
Ebelik Hizmetleri	0,924	,000
Saygı ve Mahremiyet	0,915	,000
Kurum Fiziki Ortam Koşulları	0,964	,000
Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği	0,97	,000

r:Pearson korelasyon katsayısı

4.6. BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ

Katılımcıların Ebelik Hizmetleri alt boyutundaki puanları 17 ile 85 arasında değişmekte olup, ortalama puan $65,59\pm14,93$ 'tür. Saygı ve Mahremiyet alt boyutunda puanlar 3 ile 17 arasında değişirken, ortalama puan $12,59\pm2,74$ 'tür. Kurum Fiziki Ortam Koşulları alt boyutunda puanlar 3 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalama puan $11,22\pm2,95$ 'tir. Ebelik hizmetleri alt boyutunda puanlar 25 ile 125 arasında değişirken, ortalama puan $97,28\pm21,48$ 'tir. Çarpıklık ve basıklık değerleri ±2 arasında olup dağılım normaldir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği Tanımlayıcı İstatistik Tablosu (n= 500)

Ölçek ve alt boyutları	Min-Maks	Ort±ss	Çarpıklık	Basıklık
Ebelik Hizmetleri	17-85	65,59±14,93	-1,285	1,326
Saygı ve Mahremiyet	4-17	12,59±2,74	-1,721	1,858
Kurum Fiziki Ortam Koşulları	4-16	11,22±2,95	-0,933	0,817
Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyet Değerlendirme Ölçeği	25-125	97,28±21,48	-1,387	1,843

5.TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebeler, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunumunda kilit rol oynar. Birinci basamakta verilen nitelikli ebelik hizmetleri, anne ve bebek ölümlerinin azalmasına, doğumla ilgili komplikasyonların erken tespit edilmesine ve sağlıklı nesillerin yetişmesine katkı sağlar (Hacivelioğlu ve Demirci, 2022). Literatür incelendiğinde, ülkemizde kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerinden duyduğu memnuniyeti ölçen bir değerlendirme aracının bulunmadığı tespit edildi. Bu doğrultuda mevcut araştırmada kadınların birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyet düzeylerini değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirmek amaçlandı. Bu bölümde analiz bulgularına dayanarak geliştirilen ölçek üzerine genel bir tartışma yapıldı.

Yeni bir ölçüm aracının bilimsel açıdan sağlam olması, iki temel özelliğine bağlıdır: geçerlilik ve güvenilirlik. Geçerlilik, ölçülenin tam olarak hedeflenen kavramla uyumlu olmasını sağlarken; güvenilirlik, ölçeğin tutarlı sonuçlar verip vermediğini ve ölçtüğü konuya ne kadar doğru bir şekilde odaklandığını gösterir (Şencan, 2005). Bu araştırmada, ölçeğin geçerliliği kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği ile sınanmış, güvenilirliği ise çeşitli analizlerle test edildi. Güvenilirlik, ölçüm aracının, ilgili özelliği ne kadar tutarlı bir şekilde ölçtüğünün göstergesidir (Tavşancıl, 2014). Mevcut çalışmada, ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı, madde-toplam korelasyon analizleri ve test-tekrar test güvenilirliği test edildi.

Ölçek geliştirme sürecinin başlangıç aşamasında, literatür incelemesi yapılarak 78 maddelik bir madde havuzu oluşturuldu. Sonraki aşama olan kapsam geçerliliğinin değerlendirmesi için, hazırlanan maddeler alanında uzman kişilere gönderildi. Kapsam geçerliliği, bir ölçeğin amacına uygunluğunu, ölçmek istenen kavramla ne kadar örtüştüğünü ve kullanılan dilin anlaşılabilirliğini değerlendirme sürecidir. Bir başka deyişle, ölçeğin tamamı ve içindeki her bir madde, belirlenen amaca ne kadar hizmet ettiğini belirleyen bir ölçüt olarak değerlendirilebilir (Tezbaşaran, 2008). Kapsam geçerliği, ölçeği geliştiren kişilerin değil, alanında uzman olan kişilerin görüşlerine dayanarak belirlenir. Uzman görüşlerinin uyumu veya uyumsuzluğu, kapsam ve yapı geçerliği açısından önemli bir göstergedir (Tavşancıl, 2014). Bu süreçte, uzman değerlendirmesine katılan uzmanların sayısının en az 3, en fazla 20 olması ve uzman görüşleri doğrultusunda taslak ölçek üzerinde gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiği belirtilmektedir (Esin, 2014). Bu çerçevede, 7 uzmandan alınan geri bildirimlerle Lawshe tekniğine göre yapılan analizde, 10 ve 11 numaralı maddelerin KGO değeri 0,714 olarak

bulunmuş ve bu değer, ölçüt değeri olan 1,000'den küçük olduğu için bu maddeler ölçekten çıkarıldı. Ayrıca uzmanlardan gelen öneriler ve katkılar doğrultusunda ölçeğe bir madde eklendi. Sonuç olarak, yapılan uzman değerlendirmeleri ve Lawshe tekniği ile gerçekleştirilen analizler, ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamış ve gerekli düzenlemelerle taslak ölçeğe son şekli verildi.

Faktör analizi, veri setini tanımlamak ve altında yatan yapıyı belirlemek amacıyla çok değişkenli istatistiksel yöntemlerin kullanıldığı bir analiz yöntemidir. Temel amaçları arasında veri setindeki faktörleri saptamak, verileri daha anlaşılır hale getirmek, az sayıda değişkenle temsil etmek ve benzer özelliklere sahip gruplar oluşturmak yer almaktadır (Uyumaz vd., 2016). Açımlayıcı faktör analizi değişkenler arasındaki yapıyı keşfetmeye yönelik kullanılırken, doğrulayıcı faktör analizi önceden belirlenmiş kuram veya hipotezleri test etmek için uygulanır (Orçan, 2018; Güvendir ve Özkan, 2015). Bu araştırmada, geçerliği değerlendirmek amacıyla önce Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmış, ardından elde edilen nihai ölçeğin farklı bir grupta doğrulanması için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA), ölçülen değişkenin yapısını keşfetmek ve tanımlamak için kullanılan çok değişkenli bir analiz yöntemidir (Nunnally ve Bernstein, 1994). Ölçek geliştirme sürecinde AFA'nın uygulanması ve ölçeğin boyutlarının incelenmesi, sürecin gidişatını doğrudan etkileyen kritik bir adım olup, ölçek geliştirme çalışmalarında AFA'nın mutlaka kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Kılıç, 2022). Bu yöntem özellikle, maddelerin hangi gizil faktörleri yansıttığının bilinmediği durumlarda tercih edilmektedir (Fabrigar ve Wegener, 2012). AFA, ilişkili değişkenleri daha az sayıda örtük ya da gizil yapı altında toplamak amacıyla kullanılmaktadır (Henson ve Roberts, 2006). Ancak AFA'nın uygulanabilmesi için bazı varsayımların sağlanması gerekmektedir. Öncelikle, ölçek maddelerinin uç değerlerinin kontrol edilmesi gerekir. Z-değerinin ± 3.30 aralığının dışında olması, uç değer olarak kabul edilir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Veri setinde çok sayıda uç değer bulunması, normal dağılımdan sapmalara yol açarak istatistiksel analiz sonuçlarını olumsuz etkileyebilir (Ovla ve Taşdelen, 2012). Mevcut araştırmada yapılan incelemeler sonucunda, AFA uygulanan verilerde herhangi bir uç değere rastlanmamıştır.

AFA yapılabilmesi için örneklem büyüklüğü dikkate alınması gereken önemli bir husustur. AFA için örneklem yeterliliğini belirleyen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,60'tan yüksek olduğunda, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu kabul edilir (Kaiser,

1960). Bartlett Küresellik Testi ise değişkenler arasındaki korelasyon matrisinin birim matrsten farklı olup olmadığını değerlendiren bir testtir. Test sonucunun anlamlı çıkması, korelasyon matrisinin birim matris olmadığını, dolayısıyla maddelerin AFA için uygun olduğunu ve faktörleşebileceğini gösterir (Thompson, 2004). Mevcut araştırmada ölçek için KMO değeri 0,966 olarak bulunmuş, Bartlett Küresellik Testi sonucu ise ($X^2 = 7855.589$, $sd = 300$, $p = ,000$) istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu bulgular, AFA için seçilen örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve verinin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

Madde toplam korelasyonu maddelerin ayırt edicilik düzeylerini gösteren bir istatistik olup madde ayırt ediciliğinin 0,30'dan büyük olması ayırt edicilik için yeterli olduğu belirtilmektedir (Özçelik, 2010). Değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı küçüldükçe yani 1'e yakınlığı azalıp sıfıra yaklaştıkça, çoklu bağlantı düzeyi artmaktadır. Genel olarak değişkenler arasındaki korelasyon katsayısının, 90'ın üzerinde olmaması çoklu bağlantı sorununun bulunmadığına işaret etmektedir (Çokluk ve Koçak, 2016). Mevcut araştırmada ölçekteki madde toplam korelasyonları 0,618-0,881 arasında elde edilmiş olup tüm maddelerin ayırt edici olduğu saptandı. Bu bilgiler doğrultusunda faktör analizi yapılmadan önce değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenerek faktör analizi yapmaya uygun olduğu belirlendi.

Varsayım kontrollerinden sonra faktör sayısını belirlemek için faktör çıkartma yöntemlerine karar verilmelidir. Bu aşamada kullanılabilecek çeşitli faktör çıkarım yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar arasında Temel Bileşenler Analizi (PCA), Maksimum Olabilirlik (Maximum Likelihood), Temel Eksen Faktörü (Principal Axis Factoring) gibi yöntemler yer almaktadır. Araştırmacının, bu yöntemlerin hangi durumlarda tercih edilmesi gerektiğini bilmesi, analiz sonucunda hatalı yorumlara ulaşılmaması açısından büyük önem taşımaktadır. İstatistiksel analiz programlarında varsayılan olarak sunulan ve en yaygın kullanılan yöntem Temel Bileşenler Analizi olmakla birlikte, bu yöntem teknik olarak ortak faktör modeli kapsamında değerlendirilen gerçek bir faktör analizi yöntemi olarak kabul edilmemektedir (Henson ve Roberts, 2006). Yöntem seçiminde yaygın olarak tercih edilen "Principal Axis Factoring (PAF)", bir gösterge setine ait varyans ve kovaryansları, bu göstergelerdeki ortak varyansı en üst düzeyde açıklayacak şekilde önceden belirlenmiş sayısına indirger; böylece boyutsallığın azaltılması hedeflenir (Grieder ve Steiner, 2022). PAF sıklıkla kullanılan ve önerilen başka bir yöntem olan "maximum likelihood (ML)" ile karşılaştırıldığında, PAF'ın çeşitli

avantajları bulunmaktadır. Bunlar; dağılım varsayansı yoktur, ML verilerinin çok değişkenli bir normal dağılım sergilemesi gerekmektedir (Fabrigar vd., 1999). İkinci olarak; eşit olmayan faktör yükleri, faktör başına birkaç gösterge ve küçük örneklem boyutları durumunda daha sağlamdır. Üçüncü olarak zayıf faktörleri daha iyi toparlayabilir (Karaman, 2023; Grieder ve Steiner, 2022). Verinin yapısına ve araştırmanın amacına en uygun olan faktör çıkartma yöntemi tercih edilerek faktör döndürme yöntemine karar verme aşamasına geçilmelidir. Faktör sayısı belirlenirken, değişkenlerin faktör yüklenmelerini daha anlaşılır kılmak için faktör döndürme (rotasyon) işlemi uygulanmalıdır. Rotasyon, dik (orthogonal) ve eğik (oblique) olmak üzere iki ana stratejiye ayrılır. Dik döndürme, faktörler bağımsız olduğunda; eğik döndürme ise faktörler bağımlı olduğunda kullanılır. Varimax, quartimax ve equamax dik döndürme teknikleri, direct oblimin ve promax ise eğik döndürme tekniklerindendir. Varimax, faktörlerin yorumlanmasını kolaylaştıran ve sıklıkla istatistik paketlerinde varsayılan olarak sunulduğu için en çok tercih edilen yöntemdir (Costello ve Osborne, 2005). Bu doğrultuda mevcut araştırma kapsamında en sık kullanılan ve normal dağılıma hassas olmayan Principal Axis Factor (PAF) analizi yöntemi ve dik döndürme yöntemlerinden en sık tercih edilen Varimax döndürme tekniği tercih edildi.

Öz değer (eigenvalue), hem faktörlerin açıkladığı varyansı hesaplamak hem de faktör sayısını belirlemek için kullanılan bir katsayıdır (Field, 2009). Faktör analizinde amaç, mümkün olan en az sayıda faktörle en yüksek varyansı açıklamaktır. Ayrıca, açıklanan varyansın toplam varyansın %50'sini aşması, faktör analizinin geçerliliği için önemli bir kriterdir (Yaşlıoğlu, 2017). Kaiser tarafından belirtilen, 1'den büyük özdeğer kriteri ve yamaç birikinti grafiği ile kesme noktasının üzerindeki noktalar, faktör sayısının belirlenmesinde sıklıkla kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır (Kaiser, 1960). Ayrıca, bir faktörün kararlı olabilmesi için faktör yüklerinin en az 0,30 olması, binişik olan maddeler için faktör yükleri arasındaki farkın en az 0,10 olması ve her alt boyutun en az üç madde içermesi gerektiği belirtilmiştir (Stevens, 2002; Fabrigar, vd., 1999; Büyüköztürk, 2017; Yaşlıoğlu, 2017). Mevcut çalışmada AFA analizi sonucunda, maddelerin faktör yüklerinin 0,578-0,779 arasında değiştiği, ölçeğin faktör öz değeri 1'den büyük olan, en az 4 maddeye sahip 3 alt boyuttan oluştuğu ve alt boyutların toplam varyansın %69,688'ini açıkladığı belirlendi. Ayrıca binişik olan ve faktör yükleri arasındaki fark 0,10'dan az olan 5 madde (18, 22, 27, 29, 30) ölçekten çıkarılarak, 25 madde üzerinden AFA sonuçları raporlandı.

Açımlayıcı faktör analiziyle tespit edilen faktörlerin, hipotezle tanımlanan faktör yapılarına uyumunu test etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılır (Esin, 2014). DFA yönteminin temel amacı, var olan faktör yapısının doğrulanmasıdır (Kline, 2011). DFA’da, madde ve boyutlar arasındaki faktör yüklerinin anlamlı olması ve modelin veri uyumunun alanyazında belirtilen kriterlere uygun olması gerekir. Bu iki koşul sağlandığında, yapı geçerliliği elde edilmiş olur; yani test edilen yapı, uygulanan grupta doğrulanmış demektir. Faktör yüklerinin anlamlı olup olmadığını belirlemek için T değerleri, %95 güven aralığındaki kritik değer olan ± 1.96 aralığında değerlendirilir (Çokluk vd., 2010). Mevcut araştırmada ölçeğin DFA analizindeki T değerleri incelendiğinde, tüm maddelerin T değerlerinin 1,96’dan büyük olduğu saptandı. Bu da DFA analizindeki tüm maddelerin ilişkili oldukları faktörlerde anlamlı olduğunu göstermektedir.

DFA ile yapılan çalışmalarda genellikle ki-kare istatistiği, GFI, AGFI, CFI, NFI, RMSEA ve SRMR gibi ölçütlerin kullanıldığı gözlemlenmektedir. Bu değerler, örnek kovaryans matrisi ile modelin uyarladığı (modellenen) kovaryans matrisi arasındaki farkı değerlendirmek için kullanılmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017). Test edilen yapının doğrulanabilmesi için model veri uyumunun sağlanması, yani alanyazında belirtilen kriterlere göre uyum göstermesi gerekmektedir. Model veri uyumunun zayıf olması, yapının doğrulanmadığını gösteren bir işarettir (Schumacker ve Lomax, 2015).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeksleri, modelin verilerle ne kadar uyum sağladığını değerlendirmek için kullanılır. Ki-kare (χ^2) istatistiği, modelin uyumunu test eder ve genellikle χ^2/df oranının 2 ile 3 arasında olması beklenir, ancak 3 ile 5 arasındaki değerler de iyi uyumu gösterir. Normatif Uyum İndeksi (NFI), modelin χ^2 değerini sıfır modelinin χ^2 değeriyle karşılaştırır ve 0.90 veya üzerindeki değerler iyi uyumu gösterir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), NFI’nin geliştirilmiş versiyonudur ve örnek büyüklüğünü dikkate alır; 0.95 veya 1,00 arasındaki değerler mükemmel uyum anlamına gelir. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), modelin kovaryans matrisi ile uyumunu ölçer ve 0.10’un altında olması beklenir; 0.05 veya daha düşük değerler mükemmel uyum gösterir. Incremental Fit Index (IFI) modelin sıfır modeline kıyasla ne kadar iyileştiğini gösterir ve 0.95 veya 1,00 arasındaki değerler mükemmel uyum anlamına gelir; genellikle 0.90 ve üzeri değerler iyi uyum olarak kabul edilir. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ise, tahmin edilen kovaryans matrisi ile gözlemlenen kovaryans matrisi arasındaki farkı ölçer ve 0.05’in altında mükemmel

uyum olarak değerlendirilir. Mevcut araştırma sonucunda ölçeğin üç alt boyutlu yapısının DFA analizinde modelinin uyum iyiliği indekslerinin $\chi^2/df = 3,30$ (iyi uyum) ; RMSEA = 0.096 (iyi uyum); CFI = 0.98 (mükemmel uyum); NFI=0.97 (mükemmel uyum); IFI = 0,98 (mükemmel uyum); SRMR = 0,037 (mükemmel uyum) değerlerini aldığı saptandı. Bu sonuçlar DFA doğruluğunu ve modelin verilerle uyumlu olduğunu göstermektedir. Güvenirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği doğru, tutarlı ve sürekli bir şekilde değerlendirebilme kapasitesini ifade eder. Güvenilir bir ölçek, tekrarlanabilir ve alıntılanabilir olmalıdır (Esin, 2014). Aynı zamanda, ölçek içindeki soruların birbiriyle uyumlu ve yeterli olması da güvenilirliğin önemli bir göstergesidir. Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığı değerlendirmek için en yaygın kullanılan yöntemlerden biri Cronbach Alpha (α) katsayısıdır (Çakmur, 2012). Değişkenlerin güvenilirliği incelendiğinde, bu değer 0.70'in üzerinde olması, ölçümün güvenilir olduğunu gösterir. Cronbach Alpha (α) katsayısı 0.80 ve üzeri ise iyi, 0.90 ve üzeri ise mükemmel güvenilirliği ifade eder (Dinç ve Abdioğlu, 2009; Pallant, 2007). Mevcut araştırmada AFA sonucunda elde edilen yapının güvenilirlik analizi incelendiğinde, ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı 0,973 olarak belirlendi. Alt boyutlara bakıldığında, ebelik hizmetleri alt boyutu için 0,967, saygı ve mahremiyet alt boyutu için 0,944 ve kurum fiziki ortam koşulları alt boyutu için 0,902 olarak hesaplandı. Tüm güvenilirlik katsayılarının 0,90'ın üzerinde olması, ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Zamana karşı değişmezlik, güvenilir bir ölçüm aracının, farklı uygulamalarda tutarlı sonuçlar vererek zaman içinde istikrarını koruma yeteneğini ifade eder (Esin, 2014). Literatürde, zamana karşı değişmezliğin sağlanabilmesi için iki uygulama arasındaki korelasyonun genellikle 0,70 ve üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (Kline, 2011). Bu, aracın zamanla tutarlı sonuçlar verdiğini ve güvenilir olduğunu gösterir. Ayrıca, test-tekrar test geçerliliği için 10 ila 14 gün arasında bir zaman farkı önerilmektedir, çünkü bu süre, katılımcıların önceki sonuçları hatırlamaları ile ilişkili etkileri minimize eder (Keszei vd., 2010). Bu süreçte, hata oranlarının düşük olması da önemli bir kriterdir, çünkü düşük hata oranı ölçüm aracının doğruluğunu ve güvenilirliğini artırır. Genel olarak, 0,70'in üzerindeki korelasyon katsayıları ve düşük hata oranları, bir ölçüm aracının zamana karşı değişmezliğini sağladığını gösterir. Mevcut araştırmada ölçeğin test-tekrar test geçerliliği, 30 katılımcıya 15 gün sonra ikinci kez uygulanarak değerlendirildi. Ölçeğin genel puanları öntest ve son testleri arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişki saptandı ($r=0,983$, $p<0,01$). Benzer şekilde Ebelik Hizmetleri ($r=0,924$

$p<0,01$), Saygı ve Mahremiyet ($r=0,915$, $p<0,01$) ve Kurum Fiziki Ortam Koşulları ($r=0,964$, $p<0,01$) alt boyutları öntest ve son testleri arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişki saptandı. Dolayısıyla araştırmada test tekrar test geçerliğinin sağlandığı belirlendi.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerine ilişkin memnuniyetlerini değerlendirebilecek bir ölçüm aracı geliştirmek amacıyla yapılan bu araştırmada;

- Açımlayıcı faktör analizine geçmeden önce gerçekleştirilen madde analizi sonucunda, madde toplam puan korelasyon katsayısı 0,30'un altında olan ve madde kalan korelasyon katsayısı ise 0,20'nin altında olan, ayrıca anlamlı çıkmayan madde olmadığı incelenmiş olup tüm maddelerin ayırt edici olduğu saptanmıştır.
- Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün hesaplanan KMO değerine (0,966) göre yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Bartlett Küresellik Testi sonucu ise ($X^2 = 7855.589$, $sd = 300$, $p = ,000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Yapı geçerliliği için yapılan ilk açımlayıcı faktör analizinde, öleğin faktör özdeğeri 1'den büyük en az 4 maddeye sahip 3 alt boyuttan oluştuğu görülmüştür. Bu aşamada binişik olan ve faktör yükleri arasındaki fark 0,10'dan az olan 5 madde (18, 22, 27, 29, 30) ölçekten çıkarılmıştır.
- Faktör analizi sonucu 25 madde 3 alt boyutan (Ebelik Hizmetleri, Saygı ve Mahremiyet, Kurum Fiziki Ortam Koşulları) oluşan bir ölçek elde edilmiştir.
- Toplam 25 madde ve 3 alt boyuttan oluşan ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde analizinde modelinin uyum iyiliği indekslerinin $\chi^2/df = 3,30$ (iyi uyum); RMSEA = 0.096 (iyi uyum); CFI = 0.98 (mükemmel uyum); NFI=0.97 (mükemmel uyum); IFI = 0,98 (mükemmel uyum); SRMR = 0,037 (mükemmel uyum) değerlerini aldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar DFA doğruluğunu ve modelin verilerle uyumlu olduğunu göstermektedir.
- Yapılan güvenirlik analizi sonucunda, ölçeğin genel güvenirliğine ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,973 ve alt boyutların 0,902 -0,973 arasında değiştiği bulunmuştur. Tüm güvenirlik katsayılarının 0,90'ın üzerinde olması, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır.
- Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ölçmek amacıyla yapılan Test tekrar test analizi sonucunda, ölçeğin genel puanları öntest ve son testleri arasında yüksek

düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,983$, $p<0,01$). Dolayısıyla araştırmada test tekrar test geçerliğinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

- Sonuç olarak, yapılan analizler doğrultusunda geliştirilen ölçek; geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kadınların birinci basamak ebelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini değerlendirmede kullanılabilir niteliktedir.

6.2. ÖNERİLER

Mevcut araştırma sonucunda geliştirilen ölçeğin etkin kullanımı ve alana katkısının artırılması amacıyla şunlar önerilmektedir:

- Ölçeğin genellenebilirliğini arttırmak için farklı yaş grupları, sosyo-ekonomik düzeyler ve coğrafi bölgelerdeki kadınlara uygulanarak test edilmesi,
- Ölçeğin farklı kültürel gruplarda geçerliliğini sürdürebilmesi için kültürel uyarlama çalışmalarının yürütülmesi,
- Birinci basamak ebelik hizmetlerinin etkinliğini artırmak amacıyla, geliştirilen ölçekten elde edilen verilerin sağlık politikalarının planlanmasında rehber olarak kullanılması,
- Ölçekte yer alan alt boyutlarda belirlenen güçlü ve zayıf yönler dikkate alınarak, birinci basamakta hizmet veren profesyonellerin bakım, danışmanlık, iletişim gibi konularda hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi ve sağlık kurumunun fiziki koşullarının düzenlenmesi,
- Ebelik mesleğinin güçlendirilmesine yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.

7. SINIRLILIKLAR

Araştırmamız, mevcut literatürdeki sınırlı bilgi birikimine katkı sunması açısından değerlidir. Bununla birlikte, araştırma verilerinin yalnızca Bilecik ilindeki sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarla sınırlı olması, elde edilen bulguların farklı bölgelere ve demografik gruplara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Bu durum, çalışmanın dış geçerliliğini sınırlandıran önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Gelecekte gerçekleştirilecek araştırmalarda daha geniş kapsamlı ve demografik açıdan daha heterojen örneklemeler kullanılması, hem elde edilen sonuçların genellenebilirliğini artıracak hem de konunun daha bütüncül bir perspektifle ele alınmasına olanak sağlayacaktır. Bu bağlamda, söz konusu sınırlılıkların dikkate alınması, literatürdeki bilgi derinliğinin artırılması açısından önem arz etmektedir.



8. KAYNAKLAR

Akdeniz, M., Ungan, M., ve Yaman, H. (2010). Aile Hekimliği: Çağdaş Bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi. Gerofam, 1(1), 15-28.

Aktaş, G. (2024). Prekonsepsiyonel Bakım. Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar Xviii, 161.

Allin, S., and Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access.

Allin, S., Grignon, M., and Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. Social science & medicine, 70(3), 465-472.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, (64), 33-58.

Altıparmak, S., ve Derya, Y. A., (2023). Dünya'da Ve Türkiye'de Ebelikle İlgili Yasal Mevzuatlar. Ebelikte Yönetim, Serap EJDER APAY, Ayla KANBUR (Ed.), Ebelikte Yönetim, ss. 69, Ankara, Akademisyen Kitapevi.

Arslan Özkan, H. (2019), Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2019.

Aslan, Y. (2024). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 15(1), 10-19.

Assari, S., ve Hani, N. (2018). Household income and children's unmet dental care need; Blacks' diminished return. Dentistry journal, 6(2), 17.

Atasever, M. ve Bağcı, H. (2020). Türkiye Sağlık Sistemi, Akademisyen Kitabevi AŞ.

Atilla, G., ve Günal, Ö. (2024). Sağlık Hizmetlerinde Liderlik Ve Yöneticilik. Süleyman Demirel Üniversitesi İnsan Kaynakları Yönetimi Dergisi, 3(1), 57-67.

Atli, Y., ve Yücel, N., (2018), Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü.

Ay, I. (2023). Deprem Raporu: Geçici Yerleşim Alanları.

Aydemir, H., ve Hazar, H. U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 815-833.

Aydın, E. (1995). Atatürk'ün Sağlık Kavram Ve Anlayışı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 48(1).

Ayre, C., and Scally A. J. (2014). Critical Values For Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting The Original Methods Of Calculation. Measurement And Evaluation İn Counseling And Development, 47 (1), 79-86.

Aytaç, U. E., ve Aslan, Ö. Ü. H. (2023). Sağlık Hizmetleri Ve Hastaneler. Hastane Ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular-I, 4.

Baas, C. I., Erwich, J. J. H., Wiegers, T. A., De Cock, T. P., & Hutton, E. K. (2015). Women's Suggestions For Improving Midwifery Care In The Netherlands. Birth, 42(4), 369-378.

Bambal Ö., Lağarlı T., Eser E., Filibeli M., Bilecenoğlu T. ve Çivi G., (2010), “Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Bazı Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 8(3): 176-90.

Başboğa, N. A., ve Kaydırak, M. M. (2024). Jinekolojik Sağlık Taramalarına Güncel Bakış. Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health And Diseases Nursing-Special Topics, 10(1), 1-7

Bener, A., Alayoglu, N., Çatan, F., Torun, P., ve Yilmaz, E. S. (2019). Health Services Management In Turkey: Failure Or Success?. International Journal Of Preventive Medicine, 10(1), 30.

Birinci, F. B., ve Er, R. A. (2022). Quality Of Family Planning Counseling: An Evaluation In The Context Of Premarital Counseling Services Carried Out Within A Provincial Health Directorate In Turkey. African Journal Of Reproductive Health, 26(10), 101–110. <https://doi.org/10.29063/Ajrh2022/V26i10.12>

Boulet, S. L., Parker, C., and Atrash, H. (2006). Preconception care in international settings. Maternal and child health journal, 10, 29-35.

Boz, S., ve Özsoy, D. (2024). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Tarihsel Perspektiften İncelenmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 21(3), 235-258.

Bulut, S., ve Şolt, A. (2023). Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Evli Kadınların Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Black Sea Journal of Health Science, 6(1), 57-63.

Bulut, S., ve Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1).

Burns, N., ve Grove, S. K. (2009). The Practice Of Nursing Research: Appraisal. Synthesis And Generation Of Evidence. 6th Edition St Louis: Saunders Elsevier.

Büyüköztürk, Ş. (2017). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (23. baskı). Ankara: Pegem Akademik Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş., 2024. Handbook Of Data Analysis For Social Sciences. Pegem Academy, Ankara.

Cinaroglu, S., ve Çalışkan, Z. (2022). Distributive Pattern of Health Services Utilization Under Public Health Reform and Promotion in Turkey. Value in health regional issues, 31, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2022.01.005>

Costello, A. B., and Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical assessment, research, and evaluation, 10(1).

Coşgun, S. (2018). İkinci Ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması (Master's Thesis, İstanbul Arel Üniversitesi).

Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 11(3), S. 339-344.

Çalışıcı, D., ve Kul Uçtu, A., (2024). Environmental Health And Midwifery . Ulusal Bütünleşik Hemşirelik Ve Ebelik Kongresi (Pp.68). Ankara, Turkey

Çavmak, Ş., ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(1), 48-57.

Çelik, N.,ve Babaoğlu, Ü. T.,(2023), Sosyodemografik Değişkenler ile Aile Planlaması Bilgi, Yöntem Kullanım Durumları: Aile Planlaması Araştırması. TurkishJournal of FamilyMedicineandPrimaryCare, 18(1), 41-47.

Çiçeklioğlu, M., ve Şevik, İ. (2023). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 20. Yılında Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Community & Physician/Toplum Ve Hekim, 38(2).

Çokluk Bökeoğlu, Ö., ve Koçak, D. (2016). Using Horn's Parallel Analysis Method In Exploratory Factor Analysis For Determining The Number Of Factors. Educational Sciences-Theory & Practice, 16(2).

Çokluk, Ö., Şekerci, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: Spss Ve Lisrel Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.

Çolak, M. B., ve Can, H. Ö. (2021). Ebelikte Yeterlilik, Yetkinlik Ve Teknoloji Kullanımı. Türkiye Klinikleri Journal Of Healthsciences, 6(2), 340-349.

Çolak, M. B., ve Sibel, İ. Ç. K. E. (2023). Ebelerin Profesyonel Değerleri Ve Mesleki Yetkileriyle İlgili Algılarının Değerlendirmesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 5(1), 10-18.

De Jonge, A., De Vries, R., Lagro-Janssen, A. L., Malata, A., Declercq, E., Downe, S., and Hutton, E. K. (2015). The Importance Of Evaluating Primary Midwifery Care For Improving The Health Of Women And Infants. Frontiers In Medicine, 2, 17.

Demir, L. S., Durduran, Y., Uyar, M., & Şahin, T. K. (2017). Toplum Sağlığı Merkezi Mevzuatına Bir Bakış. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3(2), 73-80.

Demir, Ö., ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 1(1), 89-119.

Demirhan, D. Ç. (2024). Türkiye'nin Akıllı Şehir Dönüşüm Stratejisi: Kapsayıcı Politikalar Bağlamında Bir Analiz. Yönetim Bilimleri Dergisi, 22(Özel Sayı: Endüstri 4.0 Ve Dijitalleşmenin Sosyal Bilimlerde Yansımaları), 1499-1522.

Dikmen, S. (2023). Temel Özellikleri Açısından Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi ve Karşılanmayan Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Gereksinimi: Karabük İli Örneği (Doctoraldissertation).

Dinç, E. ve Abdioğlu, H., (2009). İşletmelerde Kurumsal Yönetim Anlayışı Ve Muhasebe Bilgi Sistemi İlişkisi: İmkb-100 Şirketleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 12(21), S. 157-184.

Durduran, Y., Bodur, S., Çakıl, E., ve Filiz, E. (2012). Konya İl Merkezinde Sağlıkta Dönüşüm Öncesi Ve Sonrası Gebe Ve Bebek İzlemleri. Dicle Medicaljournal/Dicle Tıp Dergisi, 39(2).

Ercan, H., ve Kıratoğlu, E. (2023). Sağlık Hizmetlerinin Kamu Malları Açısından Değerlendirmesi. Sosyal Bilimler Üzerine Araştırmalar-viii, 75.

Erci, B., Çokbekler, N., ve Işık, K. (2017). Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışmakta Olan Ebe Ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi, 7(1), 49-53.

Ergin, F., Aksu, H., ve Demiröz, H. (2010). Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4), 1-9.

Esencan, T. Y., Yıldırım, A. D., Daştan, K., ve Güder, A. (2022). Normal Ve Riskli Doğum Simülasyon Uygulamalarının Ebelik Öğrencilerinin Memnuniyeti Ve Kendine Güvenlerine Etkisinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 10(3), 903-917.

Esin Ocaktan, M., Özdemir, O., ve Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Dergisi, 12(2), 63-73.

Esin, M. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği (Data collection methods and tools & reliability and validity of data collection tools). Hemşirelikte Araştırma (Research in Nursing). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 193-233.

Evliyaoğlu, N. (2007). Sağlam çocuk izlemi Derleme. Türk Pediatri Arşivi, 42(11), 6-10

Fabrigar, L. R., ve Wegener, D. T. (2012). Exploratory factor analysis. Oxford University press.

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. Psychological methods, 4(3), 272.

Fırat, K. ve Öztürk, İ. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye Ve İspanya Örneği. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(1), 19-26.

Field A. (2009). Discovering Statistics Using SPSS. 3th Ed., London: SAGE Publications Ltd., 627-685.

Gamsızkan, Z., ve Cangür, Ş. (2024). Hastaların Aile Hekimliği Hizmetlerini Kullanım Alışkanlıkları. Sağlık Bilimlerinde Değer, 14(3), 351-355.

Gençer, Ç., Er, F., Barut, B., & Kara, Y. (2021). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. Toplum Ve Sosyal Hizmet, 32(3), 1125-1142.

Gök, S. (2012). Sağlık harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği ülkeleri açısından değerlendirilmesi (Master's thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).

Gökdemir, F., ve Eryılmaz, G. (2017). Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 3(3), 204-12.

Gözlü, M. (2021). Türkiye'deki İllerin Aile Hekimliği Hizmetleri Yönünden Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20(4), 1847-1874. <https://doi.org/10.21547/Jss.911583>

Grieder, S., and Steiner, M. D. (2022). Algorithmic jingle jungle: A comparison of implementations of principal axis factoring and promax rotation in R and SPSS. Behavior research methods, 54(1), 54-74.

Güldal, A. D., Limnili, G., ve Çelik, M. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. The Journal Of Turkish Family Physician, 10(4), 163-172.

Gültekin, A.İ., (2024), Postpartum Dönemde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ebe Ve Hemşireler Tarafından Verilen Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, yüksek lisans tezi, İstanbul.

Gümüş, B. E., ve Çelik, F. (2022). Türkiye’de Son Dönem Sağlık Politikaları Ve Dezavantajlı Gruplar: İzmir’de Roman Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Ve Kullanımı Üzerine Bir Analiz. Paradoks Ekonomi Sosyoloji Ve Politika Dergisi, 18(1), 32-62.

Gür, K., Kaya, Ç. A., Çifçili, S., Kırımlı, E., Erol, S., Şişman, F. N., & Kolaç, N. (2023). Aile Sağlığı Merkezlerinde Hemşirelik Ve Ebelik Hizmetleri Çalıştay Raporu. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 5(1), 1-9.

Gürcüoğlu, E. A., ve Vural, G. (2018). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri. Gazi Medical Journal, 29(1), 34-40.

Güvendir, M. A. ve Özkan, Y. Ö. (2015). Türkiye'deki Eğitim Alanında Yayımlanan Bilimsel Dergilerde Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Konulu Makalelerin İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 14(52), 23- 33.

Hacıvelioğlu, D.ve Demirci, H. (2022). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin Kadın Sağlığının Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Eğitimi Etkinlikleri, Sağlık ve Toplum Dergisi, 32(2), 49-60.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. ve Mckendry, R. (2003). Continuity Of Care: A Multidisciplinary Review. Bmj, 327(7425), 1219-1221.

Halcomb, E., Williams, A., & Mcinnes, S. (2021). Celebrating The Year Of The Nurse And Midwife In Primary Health Care. Australian Journal Of Primary Health, 27(1).

Halldorsdottir, S.,ve Karlsdottir, S. I. (2011). Theprimacy Of Thegoodmidwife In Midwiferyservices: An Evolvingtheory Of Professionalism In Midwifery. Scandinavianjournal Of Caringsciences, 25(4), 806-817.

Hayran, O., (2024), Birinci Basamak Ve Bütünleşik Sağlık Hizmetleri. Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research, 8(2), 76-82

Hazar, H. U., (2023), İlkyardim: Hemşirelik Ve Ebelik. Sağlık & Bilim, 7.

Henson, R. K. and Roberts, J. K. (2006). Exploratory Factor Analysis In Published Research: Common Errors And Some Comment On Improved Practice. Educational And Psychological Measurement, 66(3), 393-416.

International Confederation of Midwives, (2024), International Definition of the Midwife. <http://internationalmidwives.org/>, Erişim tarihi:15.04.2025

İlgün, G., ve Şahin, B. (2016). Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2).

Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K., Parker, C. S., ... and Curtis, M. G. (2006). Recommendations to improve preconception health and health care—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 55(4), 1-23.

Kaiser, H.F. (1960).Little Jiffy, Mark IV. Educational And Psychological Measurement, 34, 111-117.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2023, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden Devir Alınan Sağlık Tesisleri, <https://khgmfinansalanalizdb.Saglik.Gov.Tr/TR-95149/Kamu-->

Hastaneleri-Genel-Mudurlugune-Devredilen-Entegre-Ilce-Devlet-Hastanelerinin-Gecis-Sureci-Degerlendirme-Toplantisi.Html Erişim Tarihi:20.03.2025

Kara, F., ve Öztürk, İ. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye Ve İspanya Örneği. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(1), 19-26.

Karaahmetoğlu, G. U., ve Durmuş, A., (2024), Lohusaların Doğum Sonu Dönemde Aldıkları Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 7(1), 65

Karaçam, Z. (2016). Türkiye’de Profesyonel Bir Disiplin Olarak Ebelik Mesleğinin Durumu: Yasal Düzenlemeler, Eğitim Ve Araştırma. Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi, 6(3), 128-136.

Karakoç, F. Y. (2014). Aile hekimliğinin ikinci yılında Antalya İli Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.

Karaman, M. (2023). Keşfedici Ve Doğrulamalı Faktör Analizi: Kavramsal Bir Çalışma. Uluslararası İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 9(1), 47-63. <https://doi.org/10.29131/Uiibd.1279602>

Kartal, S. B., Birler, A. G., Özkul, D., Ünlüer, S., Gürleyük, S., Yamak, A., ... & Topuzoğlu, A. B. (2010). İstanbul’da gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemlerinin iyileştirilmesi: GEBLİZ. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(4), 289-296.

Keskin, A. D. (2021). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Gelişimsel Tarama: Geleceğe Yapılan Bir Yatırım mı?. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(2), 126-135.

Keszei, A.P., Novak, M., Streiner, D.L. (2010). İntroduction to health measurement scales. Journal of Psychosomatic Research, 68, 319-328.

Kılıç, A. F. (2022). Açımlayıcı Faktör Analizinde Boyut Sayısına Karar Verme: Yöntemlere Kısa Bir Bakış. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (51), 305-318.

Kılıç, B. (2023). Halk Sağlığı Uzmanları Deprem Bölgesinde Ağır Koşullar Altında Çalışıyor. Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni, (6), 6-10.

Kline, R. B. (2011). Principle and practice Of Structural equation modelling. (Third Edition). New York: The Guilford Press.

Lağarlı, T., Eser, E., Akdeniz, M., Aydoğdu, B., Baklaya, Ü., Fira, C., ... ve Yorgun, H. (2011). Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) İle Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal Of Public Health, 9(1), 16.

Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative Approach To Content Validity. Personnel Psychology, 28(4), 563-575.

Lee, G. W., Vine, K., Atkinson, A. R., Tong, M., Longman, J., Barratt, A., ... and Rahman, K. M. (2023). Impacts Of Climate Change On Health And Health Services In Northern New South Wales, Australia: A Rapid Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(13), 6285.

Lee, J. H., Choi, Y. J., Sung, N. J., Kim, S. Y., Chung, S. H., Kim, J., ... and Park, H. K. (2009). Development Of The Korean Primary Care Assessment Tool—Measuring User Experience: Tests Of Data Quality And Measurement Performance. *International Journal For Quality In Health Care*, 21(2), 103-111.

Macinko, J., Starfield, B., and Shi, L. (2003). The Contribution Of Primary Care Systems To Health Outcomes Within Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3), 831-865.

Nunnally, J., and Bernstein, I. (1994). *Psychometrictheory* 3rd Edition (Macgraw-Hill, New York).

Okursoy, A. (2010). Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

Omaç Sönmez, M., ve Sevindik, F. (2013). Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).

Orcan, F. (2018). Exploratory And Confirmatory Factor Analysis: Which One To Use First. *Journal Of Measurement And Evaluation İn Education And Psychology*, 9(4), 414-421. DOI: 10.21031/Epod.394323.

Orhan, Ö. (2006). Küreselleşme Süreci Ve Türkiye’de Sağlık Politikaları (Master's Thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).

Ovla, H. D., ve Taşdelen, B. (2012). Aykırı değer yönetimi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3).

Öcek, Z., ve Soyer, A. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Öksüz, E., ve Malhan, S. (2005), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği Geliştirilmesi.

Özbek, H., ve Ertekin Pinar, Ş. (2020). Ebelik Mesleğinde Doktora Eğitiminin Önemi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences*, 5(1).

Özçelik, D. A. (2010). Ölçme ve değerlendirme.

Özdemir, H. (2023). Türk Sağlık Sisteminin Sağlık Göstergelerine Etkileri Ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri Ve Önemi: Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Özpuolat, F., (2018), Primary Healthcare Services And Pheuomenon Of Violence Against Women. 1. Uluslararası Çağdaş Eğitim Ve Sosyal Bilimler Sempozyumu, 173.

Öztaş, Ö., Artantaş, A. B., Tetik, B. K., Yalçıntaş, A., Üstü, Y., ve Uğurlu, M. (2015). 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı Ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Ankara Medical Journal, 15(2).

Pallant, J. (2017). SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide To Data Analysis Using SPSS For Windows (Version 12) 6th Ed. New York: Open Universitypress.

Piechowska, J., Iwanowicz-Palus, G., Bień, A., ve Pieczykolan, A. (2018). Knowledge of women receiving healthcare service on the tasks of midwife working in the primary health care. Nursing in the 21st Century, 17(3 (64)), 22-31.

Sağıroğlu, E., ve Esencan, T. Y. ,(2024), Farklı Ülkelerde Uygulanan Ebelik Hizmet Modelleri.

Sağlık Bakanlığı, (2015), Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 05.02.2015 Resmi Gazete Sayısı: 29258

Sağlık Bakanlığı, (2022), Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 10.02.2022 Resmi Gazete Sayısı: 31746

Sağlık Bakanlığı. (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sayı: 28539. Resmi Gazete Tarihi:25.01.2013.

Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, Sayı:54567092/045/, www.teb.org.tr, Erişim tarihi:16.04.2025.

Sağlık Bakanlığı. (2024). Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği, Sayı:32707 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/10/20241030-9.pdf> değişiklik tarihi: 1/11/2024

Sağlık Bakanlığı. (2024). Ebelik Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 03.12.2024, Resmi Gazete Sayısı: 32741 <https://www.mevzuat.gov.tr>

Sağlık Bakanlığı. (2024). Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Normal Doğum Eylem Planı, Erişim Tarihi: 03.02.2025 <https://Sggm.Saglik.Gov.Tr/TR-106002/Dogal-Olan-Normal-Dogum.Html>

Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık İstatistik Yıllıkları, (2023), <https://www.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 16.04.2025

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.(2024). Sayı : 32476, Kanun No. 7496, Kabul Tarihi: 21/2/2024

Sari, O. (2024). Birinci Basamak Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 15(2), 1-5.

Scholle, S. H., Weisman, C. S., Anderson, R. T., and Camacho, F. (2004). The Development And Validation Of The Primary Care Satisfaction Survey For Women. Women's Health Issues : Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women's Health, 14(2), 35–50. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2004.03.001>

Schumacker, R.E. and Lomax, R.G. (2015). A Beginner's Guide Tostructurealequationmodeling. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaumassociates, Publishers.

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2025), Genel Sağlık Sigortası nedir?, <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/742c02df-68e1-422c-a387-fa2e4326b015/Genel-Saglik-Sigortasi-nedir-2023-01-25-11-25-46> Erişim Tarihi: 16.04.2025

Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>. Erişim Tarihi: 16.04.2025.

Söyleyici, T. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması (Master's Thesis).

Stevens, J. P. (2002). Appliedmultivariatestatisticsforthesocialsciences (Fourth Edition). New Jersey: Lawranceerlbaumassociation, Inc.

Şakar, R. R., & Koruk, F. (2024). Şanlıurfa'da Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 21(1), 82-87.

Şencan, H. (2005). Sosyal Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1.Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, H. N., Demirci, H., ve Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(2), 97-103.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolü. Ankara. ISBN: 978-975-590-705-5 Yayın No:1112

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara. ISBN:978-975-590-686-7 Yayın No: 925.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara. ISBN: 978-975-590-685-0 Yayın No: 925.

- Tabachnick, B.G.,and Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Boston: Pearson.
- Taşdemir, M. (1998). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi (Doctoraldissertation, Marmara Üniversitesi).
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). Türkiye. Health System Review. Health Systems In Transition, 13 (6), 1-186.
- Tavşancıl, E. (2014). Tutumların Ölçülmesi Ve SPSS Ile Veri Analizi.5. Basım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tekin, M., ve Kiliçarslan, M. G. (2024). Hasta Eğitimi Ve Sağlık Okur yazarlığının Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Etkisi. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 15(2), 6-9.
- Teleş, M. (2023). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Stresinin İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 363-378.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2007),Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Doğrudan Hizmet Alımı Yoluyla Sunulması Ve Ücretsiz Olması Genelge Sayı: B.10.0.TSH.0.20.00.00
- Tezbaşaran, A. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu (E-Kitap). http://www.academia.edu/1288035/likert_tipi_ölçek_hazırlama_kılavuzu. Erişim Tarihi: 28.12.2020.
- Thompson, B. (2004). Exploratoryandconfirmatoryfactor Analysis: Understandingconceptsand Applications. (First Edition). Washington: Americanpsychologicalassociation
- Toker, S. (2023). Dünyada Ve Türkiye’de Kadınlarda Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Sorunları: Güncel Veriler. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 10(2), 31-38.
- Uyumaz, G., Dirlik, E. M., ve Çokluk, Ö. (2016). Açımlayıcı Faktör Analizinde Tekrar Edilebilirlik: Kavram Ve Uygulama. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16(2), 659-675. DOI: 10.17240/Aibuefd.2016.16.2- 5000194947.
- Üçüncü, İ. K., ve Özgülnar, N.,(2019), Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Sağlığı Merkezlerindeki Rolü: Nitel Bir Çalışma.
- Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M., & Sanisoğlu, S. Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci Ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Balkan Medical Journal, 2011(1), 55-61.
- Üstün, S., ve Cezlan, E. Ç. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 353-364.

Varol, G., (2022), İklim Krizi Ve Kadın Sağlığı. Ekolojik Kriz Kadın ve Kadın Sağlığı, 65.

Villalbi, J. R., Guarga, A., Pasarin, M. I., Gil, M., Borrell, C., Ferran, M., & Cirera, E. (1999). An Evaluation Of The Impact Of Primary Care Reform On Health. *Atención Primaria*, 24(8), 468-474.

Yaşlıoğlu, M.M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.

Yazıcıoğlu, B., Oruç, M. A., Türe, E., Müderrisoğlu, S., ve Çubukçu, M. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki Gebe Takiplerinin Doğum Beklentisi Üzerine Etkisi. *Ankara Medical Journal*, 21(4), 573-584.

Yetim, B., ve Çelik, Y. (2020). Sağlık Hizmetlerine Erişim: Karşılanmamış İhtiyaçlar Sorunu. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440.

Yıldırım, A. D., ve Şahin, N. H. (2022). Anne Ölümlerinin Önlenmesi: Uluslararası Bakım Ve İzlem Modelleri. *Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 19(1), 1184-1191.

Yurdakul, M., ve Ardiç Çobaner, A., (2015), Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Aile Planlaması Hizmetlerinde Değişen Rolü Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 6, 34-47, 2016.

Yücel, U., (2016), Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Ebeliğin Tarihi.

Yücel, U., Taş, B., ve Başgün, A. (2022). İntrapartum Dönemde Sürekli Bakım Ve Ebelerin Rolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 597-600.

9. EKLER

9.1. TANITICI BİLGİ FORMU (EK-1)

KADINLARIN BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI

Bu çalışma; "Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilebilmesi Üzerine Bir Ölçüm Aracı Geliştirmek " amacıyla yapılacaktır. Bilgi formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistiksel veri olarak kullanılacaktır. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Bu yüksek lisans tez çalışmasının etik kurulu Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesinden alınmıştır.

Araştırma Dr. Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN ve Ebe Birgül ŞENLİK tarafından gerçekleştirilmektedir.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

1) Kaç yaşındasınız?

.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

- a. İlkokul mezunu
- b. Ortaokul mezunu
- c. Lise Mezunu
- d. Üniversite ve üzeri

3) Çalışıyor musunuz?

- a. Evet
- a. Hayır

4) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Gelir giderden düşük
- b. Gelir gidere denk
- c. Gelir giderden yüksek

5) Uzun süredir yaşadığınız yer?

- a. İl
- b. İlçe
- c. Köy

6) Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar

7) Toplam doğum sayınız?

- a. 0
- b. 1
- c. 2 ve üzeri

8) Hasta olduğunuzda veya sağlığınıza ilgili tavsiye almak istediğinizde genellikle hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

- a. Aile Sağlığı Merkezi
- b. Devlet Hastaneleri
- c. Üniversite Hastaneleri
- d. Özel Hastaneler
- e. Diğer

9) Kadın sağlığı ile ilgili (gebelik, lohusa, emzirme problemi, aile planlaması vb.,) durumlarda ilk kime başvurursunuz?

- a. Aile Hekimi
- b. Aile Sağlığı Merkezinde görevli Ebe
- c. Kadın Doğum Uzmanı
- d. Acil Servis
- e. Diğer

9.2. BİRİNCİ BASAMAK EBELİK HİZMETLERİ MEMNUNİYET DEĞERLERİNDİRME ÖLÇEĞİ (EK-2)

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Ebelik Hizmetleri					
1. Ebe tarafından güler yüzle karşılanırım.					
2. Ebe'nin davranışları naziktir.					
3. Bakım/danışmanlık sırasında aklıma gelen soruları rahatça sorabilirim.					
4. Ebe bakım/danışmanlık sırasında ismimle hitap eder.					
5. Ebe verdiği bilgileri anlayıp anlamadığımı sorgular.					
6. Ebe tarafından duygusal olarak desteklenirim.					
7. Bakım/danışmanlık sırasında sağlığımla ilgili alınan kararlarda bana söz hakkı tanır.					
8. Bakım/danışmanlık randevularımı birlikte planlarız.					
9. Bakım/danışmanlık sürecine eşim/yakınım dâhil edilir.					
10. Bakım/danışmanlık süreçlerinde aynı ebeden hizmet alırım.					
11. Anne ve çocuk sağlığı haricindeki konularda (genel sağlığın değerlendirilmesi, kanser taramaları, cinsel yaşam vb.) bakım/danışmanlık için sağlık kuruluşuna çağırılırım.					
12. Bakım/danışmanlık için bana ayrılan süre yeterlidir.					
13. Ebe gerekli durumlarda beni ilgili uzmana yönlendirir.					
14. Ebe danışmanlık sırasında afiş, broşür, kitapçık gibi materyaller kullanarak anlatılanları anlamamı kolaylaştırır.					
15. Ebe danışmanlık sırasında yaşam koşullarıma uygun önerilerde bulunur.					

16. Ebinin mesleki bilgi ve becerisi yeterlidir.					
17. Ebinin bakım/danışmanlık sırasında yaptığı işlemlere güvenirim.					
Saygı ve Mahremiyet					
18. Kişisel bilgilerim gizli tutulur.					
19. Ebelik hizmeti aldığım ortamda mahremiyetim sağlanır.					
20. Bakım/danışmanlık sırasında yapılan işlemler öncesinde rızam alınır.					
21. Ebe tarafından insan haklarına uygun koşullarda hizmet verilir.					
Kurum Fiziki Ortamı Koşulları					
22. Sağlık kurumundaki bekleme alanı rahattır.					
23. Sağlık kurumunda ebelik hizmeti almak için beklediğim süre uygundur.					
24. Sağlık kurumunun konumu kolay ulaşılabilir.					
25. Sağlık kurumunda ebeye ihtiyaç duyduğumda kolayca ulaşabilirim.					

9.3. ETİK KURUL ONAYI (EK-3)

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.11.2024-159678



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : E-41997688-050.99-159678
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 24.10.2024 tarihli ve 2024/12 sayılı toplantısında başvuru dosyanız incelenmiş olup karar formu ektedir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Taner ŞEN
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS9N44DN7V

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5378&eD=BS9N44DN7V&eS=159678>

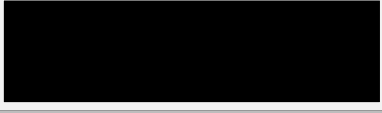
Adres:Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. km KÜTAHYA
Telefon:0 (274) 260 00 43 / 1139
e-Posta:etik.gir.olmayan@ksbu.edu.tr
Kep Adresi:kutahyasaglikbilimleriuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: S.Karaçam Bayındır
Unvanı: Hastane Müdürü

Tel No: 3656



T.C
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Ölçek Geliştirme Çalışması	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA	
	TELEFON		
	FAKS		
	E-POSTA		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik Bölümü	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KSBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Birgül ŞENLİK-(Yüksek Lisans Tezi)-Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Metodolojik	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2024/12-02	Tarih: 24.10.2024	
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.		

Prof. Dr. Taner ŞEN
 Etik Kurulu Başkanı
 Tarih: 24.10.2024

9.4. KURUM İZNİ (EK-4)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BİLECİK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Kararı

Karar Tarihi : 03/12/2024

Karar No : 2024/49

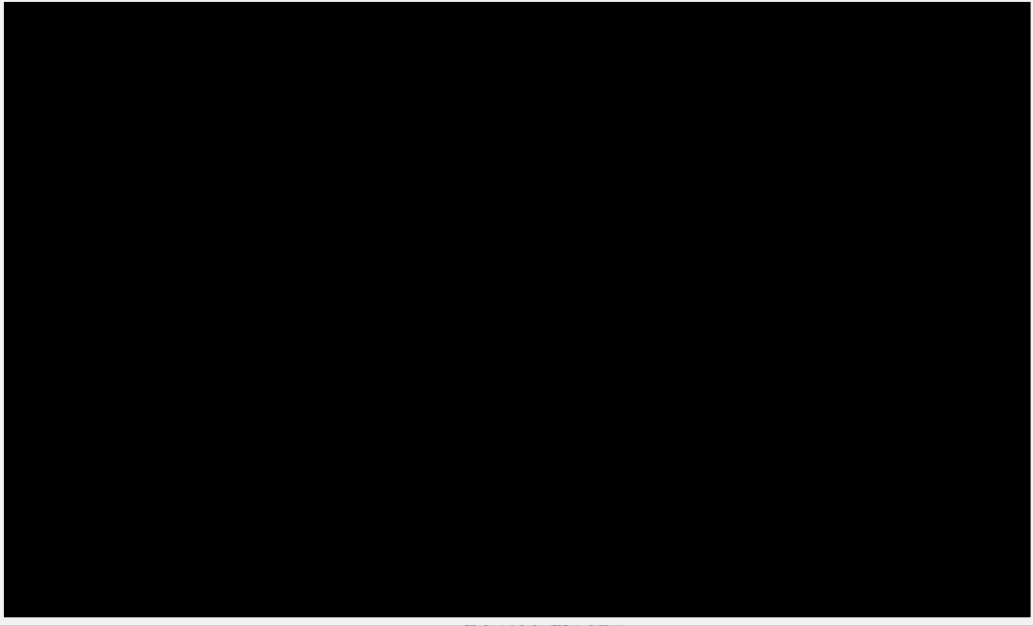
Konu : “Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi
Üzerine Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”

İçeriği : Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Birimi Ebe kadrosunda görev yapan Yardımcı Araştırmacı Ebe Birgül ŞENLİK ‘in Dr.Öğrt. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN sorumluluğunda yüksek lisans tezine esas" Kadınların Birinci basamaktaki ebeklik hizmetleri memnuniyetlerinin değerlendirilmesi üzerine bir ölçüm aracı geliştirmek” amacıyla Bilecik ilinde görev yapmakta olan Aile Hekimliği Birimleri, Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bozüyük Devlet Hastanesinde 15-49 yaş arası kadınlarda çalışmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulacak olan anket soruları olarak yüz yüze görüşme tekniği ile karar izin tarihinden itibaren 3 (üç) ay süreyle yapılacak olan nitel araştırma çalışması,

Yukarıda içeriği ve konusu belirtilen bilimsel araştırma çalışması başvurusu ve belgeleri Komisyonumuzca değerlendirilmiş olup; Söz konusu araştırma çalışmasını Bilecik ilindeki Aile Hekimliği Birimleri, Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bozüyük Devlet Hastanesine başvuran 15-49 yaş arası kadınlarda gönüllülük esası şartıyla izin tarihinden itibaren 3 (üç) ay süreyle yapması ve araştırma esnasında kullanılacak araç, gereç ve teçhizatın araştırmacı tarafından temini şartı ve araştırma tamamlandıktan sonra sonuç raporunun kurumumuzla paylaşılması kaydıyla bahsi geçen bilimsel araştırma izni başvurusu Komisyonumuzca uygun görülmüştür.

EKLER:

1. Resmi Yazı-Dilekçe
2. Bilimsel Araştırma İzni Başvuru Formu
3. Ön İzin Belgesi
4. Etik Kurul kararı



İl Sağlık Müdürlüğü

9.5. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (EK-5)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Projesinin Adı: Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Ölçek Geliştirme Çalışması

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN

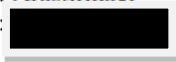
Diğer Araştırmacıların Adı: Birgül ŞENLİK

Sevgili Katılımcılar, Kadınların Birinci Basamak Ebelik Hizmetleri Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Ölçek Geliştirme Çalışması başlıklı bu araştırma, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma kadınların birinci basamak ebelik hizmetleri memnuniyet değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla akademik bir makale planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Anketimiz 2 bölümden ve 39 sorudan oluşmaktadır, 15 dk. zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Adı : Ebe Birgül ŞENLİK
Görevi : Araştırmacı
Cep Tel : 

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☒ Kabul ediyorum.

10. ÖZGEÇMİŞ



BİRGÜL ŞENLİK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

Deneyim / İşyeri Bilgileri

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Görev	ARDEB	BİDEB	BİLİM TOPLUM	ÜİDB	TEYDEB	Toplam
Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Moderatorlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Raportörlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
Katılmadığı Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0

11. ADRES VE İLETİŞİM

Öğrenci Ad Soyad: Birgöl ŞENLİK

Görev Yaptığı Kurum: Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü

Görev Yaptığı Kurum Adresi:

Görev Yaptığı Kurum İletişim Bilgisi

Tez Danışmanı Unvanı Ad Soyad: Dr. Öğr. Üyesi Feyza AKTAŞ REYHAN

Görev Yaptığı Kurum: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Görev Yaptığı Kurum Adresi: