

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNE KATKISI:
İZMİT SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ ÖRNEĞİ

Dr. AHMET CANİGENİŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA
KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNE KATKISI:
İZMİT SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ ÖRNEĞİ**

Dr. AHMET CANİGENİŞ

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Tez Danışmanı

Prof. Dr. TUNCAY MÜGE ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. TUNCAY MÜGE ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Karar No: KÜ GOKAEK-2022/13.04 Proje No: 2022/212

2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ	V
TABLolar DİZELGESİ.....	VI
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	3
2.1.1 Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	3
2.1.2 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	4
2.1.2.1 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
2.1.2.2 Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.1.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	7
2.1.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
2.1.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	8
2.1.4. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	9
2.1.5. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	9
2.2. Sağlıklı Hayat Merkezleri	10
2.2.1. Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Tanımı	10
2.2.2. Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Hizmetleri.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	14
3.1. Araştırma Modeli	14
3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	14
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	15
3.4. Etik Onay.....	15
4. BULGULAR	16
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	16
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlıklı Hayat Merkezlerinden Haberdar Olma Durumları, Başvuru Nedenleri ve Başvurdıkları Birimler.....	16
4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Kronik Hastalıkları, Takipli Oldukları Merkezler ve Bölümler.....	18

4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yanıtlarına Göre SHM Alternatiflerinin Belirlenmesi.....	21
4.5. Çalışmaya Katılan Bireylerin SHM’den Memnuniyet Düzeyleri ve SHM Hakkındaki Görüşleri.....	22
4.6. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....	24
4.7. Çalışmaya Katılan Bireylerin SHM’den Memnuniyet Oranlarının ve SHM Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	25
4.8. Çalışmaya Katılan Bireylerin SHM’nin “Alternatiflerinin” Belirlenmesi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	34
4.9. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi.....	41
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	56
EK-1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu	56
EK-2: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından Alınan Yazılı İzin Belgesi	62
EK-3: İzmit İlçe Sağlık Müdürlüğünden Alınan Yazılı İzin Belgesi.....	63

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğumuz, gerek bizlere olan ilgi ve alakasıyla gerekse de bilgi ve tecrübesi ile her zaman yanımızda olup bizlere yol gösteren, hiçbir zaman desteğini bizlerden esirgemeyen ve asistanı olmaktan kıvanç duyduğumuz sayın hocamız Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a;

Yaşamım boyunca yanımda olan, bu günlere gelme sürecimde tüm imkanlarını seferber eden; sevgilerini, iyi dileklerini ve dualarını hiçbir zaman eksik etmeyen değerli ablama, abilerime ve canım anneme;

Tezimin verilerini toplamamda ve tez süresince desteğe ihtiyaç duyduğumda hoşgörüyü yardımcı olan Sağlıklı Hayat Merkezi çalışanlarına;

Her birini tanımaktan mutluluk duyduğum, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, aile hekimliği bölüm arkadaşlarıma;

Tanıştığımız günden beri hayatıma anlam katan, her türlü maddi manevi zorlukta varlığıyla bana destek olan ve hayatımı paylaşmaktan mutluluk duyduğum sevgili eşim Meral'e,

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

KISALTMALAR DİZELGESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EUROHIS: Avrupa Sağlık Etki Ölçeği

GGK: Gaitada Gizli Kan

GOKAEK: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

HPV: Human Papilloma Virüsü

HT: Hipertansiyon

KETEM: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

RIA: Rahim İçi Araç

SD: Standart Deviasyon (Sapma)

SHM: Sağlıklı Hayat Merkezi

SÜDGE: Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi

TBC: Tüberküloz

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WHOQOL-8: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-8 Soruluk Kısa Form

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form

TABLÖLAR DİZELGESİ

Tablo-1: Katılımcıların Eğitim Durumları

Tablo-2: Katılımcıların “SHM’den Nasıl Haberdar Oldunuz?” Sorusuna Yanıtları

Tablo-3: Katılımcıların SHM’ye Başvuru Nedenleri

Tablo-4: Katılımcıların “Hangi Birim İçin Geldiniz?” Sorusuna Yanıtları

Tablo-5: Katılımcıların “Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Nelerdir?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımları

Tablo-6: Katılımcıların Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı

Tablo-7: Kronik Hastalığı/Hastalıkları Olan Kişilerin Takipli Olduğu Merkezler

Tablo-8: Kronik Hastalığı/Hastalıkları Olan Bireylerin İkinci ve Üçüncü Basamakta Takipli Olduğu Bölümlerin Dağılımı

Tablo-9: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvurursunuz?” Sorusuna Yanıtları

Tablo-10: Katılımcıların SHM’den Memnuniyet Düzeyleri

Tablo-11: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtları

Tablo-12: Katılımcıların “SHM’lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtları

Tablo-13: Katılımcıların DSÖ’nün Yaşam Kalitesi Ölçeğine (WHOQOL.8 Tr) Yanıtları

Tablo-14: SHM’den Memnuniyet Oranlarının Cinsiyetle İlişkisi

Tablo-15: Memnuniyet Oranlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

Tablo-16: Memnuniyet Oranlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

Tablo-17: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

Tablo-18: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtlarının Eğitim Durumuyla İlişkisi

Tablo-19: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

Tablo-20: Katılımcıların “SHM’lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

Tablo-21: Katılımcıların “SHM’lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

Tablo-22: Katılımcıların “SHM’lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

Tablo-23: Katılımcıların “SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur muydunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

Tablo-24: Katılımcıların “SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur muydunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

Tablo-25: Katılımcıların “SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur muydunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

Tablo-26: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

Tablo-27: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

Tablo-28: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

Tablo-29: Katılımcıların Yaşam Kalitelerinin Diğer Kriterlerle İlişkisi

ÖZET

Amaç: Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkları önlemeyi, birey ve toplum sağlığını korumayı amaçlayan ve sağlık sistemimizde çok önemli bir yere sahip olan hizmetler bütünüdür. Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuştur. Bu çalışma ile kişilerin SHM'lerdeki sağlık hizmeti kullanımlarının birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine etkisini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. 15 Ağustos - 15 Ekim 2022 tarihleri arasında İzmit SHM'ye başvuran yetişkinlere uygulanmıştır. 355 kişinin katıldığı çalışmanın ilk bölümünde demografik bilgiler; ikinci bölümünde SHM'den haberdar olma, SHM'ye başvuru nedenleri, kronik hastalıklar ve takip eden birimler; üçüncü bölümünde SHM'nin alternatifleri, SHM'den memnuniyet oranları ve DSÖ'nün Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-8) yer almaktadır. İstatistiksel değerlendirme istatistik paket programları ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 355 kişinin %34,9'u erkek, %65,1'i kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 42,9 yıl ($\pm 11,8$), ortanca değeri 42 yıldır (min:18, 25per:34, 75per:52, max:70). Katılımcıların %27,3'ü bekar, %72,7'si evlidir. Eğitim durumlarına bakıldığında %56,9'u lise mezunu ve üzeri, %43,1'i ortaokul mezunu ve altıdır. Kronik hastalığı olanların oranı %29,9'dur. Kronik hastalığı olanların %91,9'u ikinci ve üçüncü basamakta takiplidir. Katılımcıların %50,7'si SHM'ye aile hekimi tarafından yönlendirilmiştir. En fazla başvuru %42,5 ile KETEM'e olmuştur. SHM'nin alternatifleri sorgulandığında, katılımcıların %59,4'ü "SHM olmasaydı bir kuruma başvururdum." yanıtını vermiştir ve bunların %39,3'ü birinci basamağı, %60,7'si ikinci ve üçüncü basamağı tercih etmiştir. Eğitim durumları lise mezunu ve üstü olanların %68,2'si ikinci ve üçüncü basamağı tercih etmiştir. SHM'den memnuniyet seviyelerine bakıldığında, katılımcıların %84,8'i olumlu yanıt vermiştir. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğine göre toplam puanlarının 31,3 ($\pm 5,9$), ortanca değerin 32 (min:8, max:40) olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi ile memnuniyet seviyeleri ($p:0,030$) ve

cinsiyetler (p:0,001) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Erkeklerin yaşam kalitelerinin ortalamasının 32,6 ($\pm 6,3$), kadınların ise 30,5 ($\pm 5,6$) olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamız sonucu SHM'lerin koruyucu sağlık hizmetlerine katkılarının şekli anlaşılmış olup sağlık sistemimizin daha iyi hale getirilmesine yardımcı olabilmek için imkanlarının iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması gereklidir. SHM'deki hizmetlerin bilinirliğinin, eğitim seviyesi yüksek kesimde daha fazla olduğu görülmüştür. SHM'lerde verilen hizmetlerin toplumun her kesimine tanıtılması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Hayat Merkezi, koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak

ABSTRACT

Objective: Preventive health services are a set of services aimed at preventing diseases, protecting the health of the individual and society, and have a very important place in our health system. Healthy Living Centers (HLC) were established by the Ministry of Health in order to strengthen primary health care services and promote a healthy lifestyle. We aimed to reveal the effect of people's use of health services in HLCs on preventive health services in primary care with this study.

Method: Our research is a descriptive survey study. It was applied to adults who applied to Izmit HLC between 15 August and 15 October 2022. In the first part of the study, in which 355 people participated, demographic information; in the second part, giving information about HLC, reasons for applying to HLC, chronic diseases and units followed; the third section includes alternatives to HLC, satisfaction rates with HLC, and WHO's Quality of Life Scale (WHOQOL-8). Statistical evaluation was made with statistical package programs.

Results: 34.9% of the 355 people participating in the research are men and 65.1% are women. The average age of the participants was 42.9 years ($\pm 11,8$), and the median value was 42 years (min:18, 25per:34, 75per:52, max:70). 27.3% of the participants are single, 72.7% are married. Considering their educational status, 56.9% are high school graduates and above, 43.1% are secondary school graduates or below. The rate of those with chronic diseases is 29.9%. 91.9% of those with chronic diseases are followed in the second and third care. 50.7% of the participants were referred to HLC by their family physician. The highest number of applications was to KETEM with 42.5%. When the alternatives of HLC were questioned, 59.4% of the participants said, "If there was no HLC, I would have applied to an institution." gave the answer and 39.3% of them preferred the first step, 60.7% preferred the second and third step. 68.2% of those whose educational status is high school graduate and above preferred the second and third step. Considering the level of satisfaction with HLC, 84.8% of the participants gave a positive response. According to the quality of life scale of the participants, the total score was 31.3 ($\pm 5,9$) and the median value was 32 (min:8, max:40). A significant

relationship was found between quality of life and satisfaction levels ($p:0.030$) and genders ($p:0.001$). It was found that the average quality of life of men was $32.6 (\pm 6.3)$ and women was $30.5 (\pm 5.6)$.

Conclusion: As a result of our study, the contributions of HLCs to preventive health services have been understood, and it is necessary to improve and expand their facilities in order to help improve our health system. It has been observed that the awareness of the services in HLC is higher in the higher education level. It was thought that the services provided in HLCs should be promoted to all segments of the society.

Key Words: primary care, Healthy Living Center, preventive health services

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Güncel sağlık hizmetleri uygulamalarında hizmet sunumu; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin bir bütün olarak verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri merkezde yer almaktadır.¹ Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur.² Koruyucu sağlık hizmetleri ise; hastalıkların meydana gelmemesi için gerekli önlemlerin alınması, bulaşıcı hastalıklarla savaş, hijyen, hastalık sonrası rehabilitasyon konusunda hastaya ve yakınlarına danışmanlık verilmesi, topluma hastalık ve sağlık konularında eğitim verilmesi, beslenme ve hayat tarzını değiştirmekle hastalıkların önlenmesi gibi konuları içeren; tedaviden önce önlemeyi ön plana alan sağlık hizmetlerinin bütünüdür.³ Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sistemimiz içinde çok önemli bir yere sahiptir. Birinci basamakta yapılan sağlığın korunmasına yönelik faaliyetleri desteklemek ve daha da geliştirmek için Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılında Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) kurulmuştur. Bakanlık, SHM'lerin kuruluş amaçları olarak; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi, birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı hedeflediğini belirtmiştir.⁴

1.2. AMAÇ

Bu çalışmamızla hastaların SHM’lerdeki sağlık hizmetlerinden faydalanmalarının birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine olan etkilerini tanımlamayı amaçladık. Araştırmamızda, birinci basamağın geliştirilmesi için SHM’lerin hasta gözüyle değerlendirilip, memnuniyet oranları tespit edilip daha iyi hale getirilmesine yardımcı olunması hedeflerimizden biridir. Koruyucu sağlık hizmetleri geliştikçe sağlık sistemine binen yük azalacak ve sağlık sisteminin iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kelime olarak “sağ, diri olma hali” anlamına gelen sağlığın bugüne kadar birbirinden farklı tanımları yapılmıştır. Günümüzde en çok kabul edilen tanımını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir." şeklinde yapmıştır.⁵

Sağlığı insan haklarının temellerinden biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi'nde; sağlığın ön koşulları olarak; huzur, barınma, eğitim, gıda, gelir düzeyi, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik kavramlarına değinilir.⁶ Bu iki tanım da göz önüne alındığında sağlığın sadece kişisel faktörlere bağlı olmadığı açıktır.

Sağlığı etkileyen birçok faktör olup bu faktörler; çevresel, davranışsal ve genetik olmak üzere üç bölümde toplanabilir. Genetik faktörler değiştirilemezken, davranışsal ve çevresel faktörler değiştirilebilir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi de değiştirilebilir faktörlerin düzenlenmesi ile sağlanabilir.

Sağlıklı olma hakkı kişilerin doğuştan sahip oldukları bir haktır. Sağlık hizmetlerinin amacı ise kişilerin doğuştan sahip oldukları sağlıklı olma haklarının korunması ve devamlılığının sağlanmasıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta bireylerin erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesi sağlık hizmetlerinin birincil amacıdır.

Sağlık hizmetlerinin tanımı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunda; "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir." şeklinde yapılmıştır.⁷

1978'de yayınlanan Alma Ata Bildirisi'nde "Temel sağlık hizmetleri, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir,

herkese gerekli olan hizmetlerdir." ifadesi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı belirtilmiştir. Ayrıca temel sağlık hizmetlerinin; geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirlediği ifade edilmiştir.⁸

Sağlık hizmetleri dört başlıkta incelenebilir. Bunlar;

- A. Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- B. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- C. Rehabilitasyon Hizmetleri,
- D. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri'dir.

Aile hekimi; birinci basamakta koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetlerini ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de vererek tüm basamaklara dahil olur.⁹

2.1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bir kişide hastalık veya sakatlık oluşmadan önce, ortaya çıkmasını engellemeye yönelik verilen hizmetler ve yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girer. Koruyucu sağlık hizmetleri tüm sağlık hizmet basamakları arasında en önemli kısmı oluşturur. Çünkü hekimliğin amacı sadece hastaları tedavi etmek değil, insana sağlıklı ve uzun bir yaşam sağlamaktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimlik önceliklidir. Aynı zamanda koruyucu hekimlik tedavi hizmetlerine kıyasla, hem daha etkin, hem daha insancıldır.¹⁰

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bazı özellikleri:

- Hastanelerin hasta yükünü azaltır,
- Diğer sağlık hizmetlerine göre daha düşük nitelikli sağlık personeli ile etkin sonuçlar elde edilebilir,
- Tedavi edici hizmetlere göre daha etkindir,
- İşgücü kaybını asgariye indirir,
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur, şeklinde söylenebilir.¹¹

Koruyucu sağlık hizmetleri primordiyal korunma, birincil, ikincil, üçüncül, dördüncül ve beşincil korunmayı içermektedir.³

***Primordiyal Korunma:** Risk faktörleri ortaya çıkmadan onların oluşmasını önlemek amaçlanır. Obezitenin engellenmesi, gençlerde sigara ve alkol kullanımını engelleyici okul eğitimleri gibi örnekler verilebilir.³

***Birincil Korunma (Primer Korunma):** Risk faktörleri mevcut iken koruyucu yaklaşım ile risk faktörlerini azaltarak ya da ortadan kaldırarak, hastalığın oluşmasını önlemek ve derecesini azaltmak amaçlanır. Obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, bağışıklama, kemoprofilaksi gibi örnekler verilebilir.³

***İkincil Korunma (Sekonder Korunma):** Erken tanısı ve etkin tedavisi olan her türlü hastalığı yakalamak adına yapılan tüm girişimleri içerir. Amaç hastalıkları zamanında yakalamaktır, erken tanı hizmetleri olarak bilinir. Kan basıncı ölçümleri, pap-smear alınması, mamografi yapılması, gaitada gizli kan taranması gibi örnekler verilebilir.³

***Üçüncül Korunma (Tersiyer Korunma):** Birincil ve ikincil korunma olanaklarından yararlanamamış, tanıda geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımıdır. Gelişmiş hastalıkta ileri komplikasyonların gelişimini engellemeye yönelik girişimler bütünüdür. Diyabeti olan bir kişide eğitim ve takip ile retinopati veya nöropati gelişiminin engellenmesi gibi örnekler verilebilir.³

***Dördüncül Korunma (Kuaterner Korunma):** Korunma için alınan önlemler ile tanı ve tedavi testlerinin çeşitliliği ve duyarlılığı arttıkça hem tanı testleri olması gerekenden çok ve gereksiz yapılmaya başlanmış hem de hastalıklar veya rahatsızlıklar gerekmediği halde ya da gerektiğinden çok yoğun bir şekilde tedavi edilmeye başlanmıştır. Dördüncül korunma bu dönemde hem tanı hem de tedavinin aşırı kullanımın önüne geçebilmek için ortaya atılmıştır. Dördüncül korunma normal fizyolojik durumların hastalık olarak tanımlanması ile bu yeni tanımlanan hastalıkların gerekmediği halde tedavi edilmesini önlemeyi amaçlamaktadır. Böylece sağlıklı ya da rahatsızlıkları tanı ve tedavi gerektirmeyen bireylerin toplumsal açıdan daha düşük maliyetler ile geçerli ve güvenilir bilimsel bilgi birikimi doğrultusunda aşırı tanı ve tedavi yükünden kurtulmaları mümkün olacaktır.^{3,12}

Son dönemde beşincil koruma denilen bakış açısı da literatüre girmiştir.¹³

***Beşincil Korunma (Quinary):** Sağlıkla ilgili kulaktan dolma veya yanlış bilgilendirmeyi veya bireylerin sağlığı üzerindeki kötü etkilerini önlemek için yapılan

girişimleri içerir. Teknolojideki gelişmeler ve ilerlemeler sayesinde günümüzde bilgi eskiye göre çok daha hızlı yayılmaktadır. Bununla birlikte sağlık üzerine zararlı etkileri olabilecek yanlış bilgilerin yayılması da kolaylaşmaktadır. Örneğin aşı karşıtlığı, insülin veya statin gibi ilaçları eleştiren yazılar gibi. Beşincil koruma bunu önlemek için yapılan etkinlikleri kapsamaktadır.¹⁴

Koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamına göre de iki başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar; çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir.

2.1.2.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler:

Yaşadığı çevreden bağımsız olarak düşünülmesi imkansız olan insan için, olumsuz çevresel etmenleri tamamen ortadan kaldırarak ya da en aza indirerek, çevreyi daha olumlu hale getirme çabalarının tümünü kapsayan hizmetlerdir. Bu hizmetler, sağlık sektörü ve diğer sektörlerin işbirliği ile yürütülebilir. Belediyeler, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı bu kurumlardan bazılarıdır. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerden bazıları:

- +Hava kirliliği ile mücadele,
- +Radyasyonla ve gürültü ile mücadele,
- +Sağlık eğitimi,
- +Vektörlerle (haşerelerle) mücadele,
- +Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- +Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- +Konut sağlığı ve benzeridir.¹¹

2.1.2.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler:

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, daha çok sağlık personeli tarafından olmak üzere bireylere yönelik olarak verilir. Ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülür. Bu hizmetlerin verimli bir şekilde yürütülmesi için sağlık çalışanlarının, hizmet verdikleri bölgenin özelliklerine ve toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısına hakim olmaları gerekir. Bu hizmetler:

- Kişisel hijyen,
- Sağlık eğitimi,

- İlaçla koruma,
- Sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele,
- Aşılama,
- Ruh sağlığı hizmetleri,
- Erken tanı ve tedavi,
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı,
- Beslenmenin iyileştirilmesi ve benzeridir.¹¹

2.1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumlarında bozulma olup hastalıkla karşılaşan kişilerin tekrar hastalık öncesi duruma gelmelerini sağlayan hizmetlerdir. Hastanın ilk temas noktası olan aile hekimliği ile başlayıp diğer sağlık kurumları ile birlikte verilir. Üç basamak olarak gruplandırılır.

2.1.3.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri:

Bireyin ve toplumun birlikte değerlendirildiği, ayakta ve evde verilebilen, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitimi de kapsayan hizmetlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri:

- Aile Sağlığı Merkezi (ASM),
- Toplum sağlığı merkezi (TSM),
- Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesindeki sağlık teşkilleri,
- Verem Savaş Dispanseri,
- Mediko-Sosyal birimleri,
- Halk Sağlığı Laboratuvarı,
- Kurum tabipliği,
- Göçmen sağlığı merkezi,
- Belediyelere ait poliklinikler,
- Sağlıklı hayat merkezleri,
- Entegre ilçe devlet hastaneleri gibi kurumlarda verilir.¹⁵

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sisteminin en önemli basamağını oluşturur.

Kişilerin her türlü nedenle başvurabildiği, sağlık ihtiyaçlarını karşılayabildiği,

toplumun büyük kısmının tedavisinin yapıldığı, gerektiğinde üst basamağa sevk yapılabilen ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumu ve bu kurumda verilen sağlık hizmetidir.¹⁶ Bu bağlamda, temel görevi olan koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak imkanları ile mümkün olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin de verilebildiği aile hekimliği, esasında toplumun sağlık ihtiyaçlarının en büyük kısmını giderebilecek bir yapılanmadır.

2.1.3.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri:

Kişilere ayakta ve/veya yatarak verilebilen teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar:

- * Genel hastane (İl devlet hastanesi, ilçe devlet hastanesi ve bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri),
- * Dal hastanesi,
- * Entegre ilçe hastanesi,
- * Ağız ve diş sağlığı hastanesi,
- * Ağız ve diş sağlığı merkezi,
- * Tıp merkezi,
- * Yönetmeliğe uygun ruhsatlandırılmış özel hastaneler gibi kurumlardır.¹⁵

2.1.3.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri:

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için verilen sağlık hizmetleridir.

Yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerine sahip kurumlarda verilebilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar:

- * Eğitim ve araştırma hastanesi,
- * Dal eğitim ve araştırma hastanesi,
- * Ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi,
- * Üniversite hastanesi,
- * Üniversite dal hastanesi,
- * Üniversite ağız ve diş sağlığı hastanesi,
- * Üniversite enstitüsü hastanesi,

* Üniversite ağız ve diş sağlığı merkezi,

* Yönetmeliğe göre üçüncü basamak olarak ruhsatlandırılan özel hastaneler gibi kurumlardır.¹⁵

2.1.4. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık sonrası, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamını tek başına sürdüremeyen ve iş gücü kaybına uğrayan hastalara verilen hizmetler bu başlık altında toplanmaktadır. Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir.¹⁷ Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılır:

***Tıbbi Rehabilitasyon:** Hastalık ya da kaza sonucu oluşan sakatlık, organ kaybı ya da yitirilen çalışma gücünün kazandırılmasına yönelik tıp ve sağlık personeline verilen hizmetlerdir.

Bu hizmetler:

- + Fizik tedavi uygulamaları,
- + Protez takma ve destek cihazları sağlama,
- + Komplikasyonların iyileştirilmesi gibi hizmetlerdir.

***Sosyal Rehabilitasyon:** Sosyal çalışmacılar, psikologlar ve rehabilitasyona katkı veren diğer personel tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Bu hizmetler:

- Uygun iş bulma, işe uyum sağlama,
- Bakım evlerinde sakat ya da yaşlılara bakım,
- Yaşlıların huzurevlerine yerleştirilmesi gibi hizmetlerdir.

Hasta ve hastalık ayırt etmeyen, kapsamlı sağlık hizmeti sunucusu olan aile hekimi evde sağlık hizmetlerini yürüterek ve bakım evlerine ziyarette bulunarak rehabilitasyon hizmeti verebilmektedir.

2.1.5. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Ottawa Bildirgesi'nde sağlığı geliştirme; bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrolü artıran ve sağlıklarını geliştirmelerine olanak veren bir süreç olarak tanımlanmıştır.⁶ Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, halihazırda sağlıklı olan kişilerin sağlık durumlarını

iyileştirmeyi hedefleyen hizmetlerdir. Bu hizmetlerde asıl sorumluluk kişilerin kendindedir. Özellikle kişilerin yaşam tarzlarının ve alışkanlıklarının daha iyiye ulaşmak için değiştirilmesi hedefine yönelik hizmetleri kapsamaktadır.¹⁸

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kişilerde hastalık durumu başlamamışken yürütülen süreçler olduğu için kişinin katılımını sağlamak kolay değildir. Kişinin hasta değilken dahi sağlık hizmeti alabildiği aile hekimi, güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi sayesinde sağlığın geliştirilmesi sürecinde de büyük katkı sağlar.

2.2. Sağlıklı Hayat Merkezleri

2.2.1. Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Tanımı

Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin sunmuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek amacıyla bakanlık tarafından 2017 yılında SHM'ler kurulmuştur.⁴ Planlama olarak her 50000 nüfusa bir SHM açılarak aile hekimliklerindeki hizmetleri desteklemek için hekim ve yardımcı sağlık personelinden oluşan bir merkez açmak hedefiyle yola çıkılmıştır.¹⁹ SHM'ler, toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermektedir. Güncel verilere göre ülke çapında 216 tane SHM bulunmaktadır.⁴ Sağlık Bakanlığı, SHM'lerle; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamıştır.⁴ Böylece ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların önlenmesi, madde bağımlılıklarının yol açtığı olumsuzluklarla mücadele edilmesi, obezite ile mücadele ve toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

2.2.2. Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Hizmetleri

SHM’lerde merkezin fiziksel yapısı da göz önünde bulundurularak fonksiyonel olarak bulunması öngörülen hizmetler şunlardır:

***Beslenme Danışmanlığı:** Genel olarak, beslenme ile ilgili konularda; başta bebek, küçük çocuk, kronik hastalıklara sahip olan bireyler olmak üzere tüm topluma beslenme tedavisi, danışmanlık ve izleme hizmetleri verilen yerlerdir. Diyetisyenlerce verilen danışmanlık hizmeti tanı, sağlık durumu, eğitim düzeyi gibi birçok etkene bağlı olmakla birlikte ilk görüşme ve kontrol olarak iki aşamada değerlendirilebilir.²⁰

***Kronik Hastalıklar ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı:** Kronik hastalık yönetimindeki yaklaşım; ilgili tüm sağlık çalışanlarının (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, beden eğitimi ve spor öğretmeni, çocuk gelişimcisi ve sosyal hizmet uzmanı vb.) sundukları hizmetle bağlantılı olarak hasta ya da sağlıklı başvurana, talep olmasını beklemeksizin konuya ilişkin danışmanlık vermesi ve kronik hastalıkların yönetimine yönelik tavsiye ve motivasyon görüşmeleri yapılması şeklinde olmalıdır. Kronik hastalıkları bulunan bireylere uygulanması gerekli aşılarda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilir, aşılamaya hizmet sunulur. Verilen aşılamaya hizmetinin aile hekimine bildirimi yapılır. Ayrıca günlük fiziksel aktivitelerin planlanması, kişiye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarının oluşturulması ile eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir.²¹

***Kadın ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı:** Ağırlıklı olarak kadınlar olmak üzere başvuran bireylere üreme sağlığı danışmanlığı ve uygulama hizmeti verilir. Bunların yanı sıra evlilik öncesi danışmanlığı ve düzenli olarak gebe bilgilendirme eğitimleri de düzenlenir. Gerekirse bu konularda merkez dışında halk eğitimleri düzenlenebilir. Gebelik dönemi ile bebeklik ve çocukluk çağı aşılama konularında eğitim verilir.²² Daha önce doğum yapmış, korunma yöntemlerinden Rahim İçi Araç (RİA) uygulamasını tercih eden kadınlara görevli personel tarafından RİA takılır.

***Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)**

Danışmanlığı: Kanser tarama, danışmanlık ve eğitim faaliyetleri yürütülür. Hedef nüfusa yönelik; korunma ve erken tanı öncelikli olmak üzere grup ve birebir halk eğitimi çalışmaları yapılır. Aile hekimlerince yönlendirilen bireyler dışında hedef

nüfusun taramalara etkin katılımı için aktif çaba sergilenir.²³ Kadınlara yönelik 40-69 yaşları arası mamografi ile meme kanseri taraması, 30-65 yaşları arası da smear ve Human Papillom Virüsü (HPV) testi ile rahim ağzı (serviks) kanseri taraması yapılır. Her iki cinse de 50-70 yaş arası Gaitada Gizli Kan (GGK) testi yapılarak kalın bağırsak (kolon) kanseri taranır.²⁴

***Ruh Sağlığı Danışmanlığı:** Bireysel psiko-sosyal danışmanlık/aile danışmanlığında bireyin ruhsal ve/veya fiziksel sağlık sorunları, evlilik veya çift ilişkisi, aile ve çocuklarla iletişim, iş veya okul yaşamı, özel yaşamı gibi konularda yaşanan psikolojik ve sosyoekonomik sorunların çözümü amacıyla gereken müdahaleler yapılır.²⁵

***Çocuk ve Ergen Sağlığı Danışmanlığı:** 0-18 yaş arası tipik/atipik gelişim gösteren veya risk altında olan çocuklar ve ailelerine yönelik olarak gelişim değerlendirme, izlem ve danışmanlık hizmeti sunulur. Gebelik döneminden itibaren anne-babalara yönelik eğitimler (aile eğitim programları/anne-baba okulu/gebe sınıfı vb.) düzenleme ve destek programları kapsamında planlanan hizmetleri (gelişimi destekleyici ebeveynlik beceri ve davranışları) sunma gibi hizmetleri bulunur.²⁶

***Tütün ve Madde Bağımlılığı Danışmanlığı:** Sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan zararlı olan tütün ve tütün ürünleri hakkında halkın bilinçlendirilmesi faaliyetleri yürütülür. Sigara kullanan ve bırakmak isteyen vatandaşların başvuruları değerlendirilir ve bilimsel geçerliliği olan tedavi protokollerine göre tedavi ve eğitimlerinin yapılması sağlanır. Çeşitli gruplara yönelik sosyal çalışmalar ve toplumsal destek çalışmaları gerçekleştirilmekte, uyuşturucu bağımlılarına yönelik tedavi ve rehabilitasyon ile hem bağımlı bireylere hem de ailelerine yönelik danışmanlık faaliyetleri gerçekleştirilmektedir.²⁷

***Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri:** Tüberküloz (TBC) ve diğer bulaşıcı hastalıkların kontrol hizmetleri yapılır. TBC ve diğer bulaşıcı hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreciyle ilgili danışmanlık hizmeti verilir. Halka yönelik TBC ve diğer bulaşıcı hastalıklar ile ilgili korunma yolları hakkında eğitimler planlanır.²⁸

***Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı:** Toplumda ağız ve diş sağlığı bilincinin geliştirilerek herkesin kendi sağlığını koruma noktasına gelmesi, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının bir yaşam tarzı olarak kabul görmesinin sağlanması, ülke bazında var olan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi suretiyle diş çürüğü ve diş tedavisi oranının en aza indirilmesinin sağlanması amaçlanır. SHM'ye başvuran bireyler ağız ve diş sağlığı ve korunması konusunda bilgilendirilir, farkındalık oluşturulur.²⁹

***Tıbbi Hizmetler:** Enjeksiyon, laboratuvar ve pansuman hizmetleri yapılır. Aile hekimliğinden yönlendirilenlere ya da tarama için mamografi çekilmesi gerekenlere görüntüleme hizmetleri yapılır.³⁰

***İdari Hizmetler:** İlçe Sağlık Müdürlüğünün idari hizmetlerinin bir kısmı bu kurumlarda yapılabilir. SHM'nin yönetimi ve faaliyetlerinin işleyişini sorumlu hekim kontrol eder. İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki eğitimler bu kurumda da yapılabilir.³¹ Örneğin alkollü araç kullanmaktan ehliyetini kaptıranlara Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi (SÜDGE) gibi eğitimler SHM bünyesindeki personel tarafından verilebilir.³²

SHM'lerin birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendireceği ve aile hekimliği uygulamalarını destekleyeceği öngörülmektedir.³³ Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konulan aile hekimliği modeli ile uyumlu bir şekilde çalışan SHM modelinin birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir katkısının olacağı tahmin edilmektedir.³⁴

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmamız kesitsel-tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. 15 Ağustos - 15 Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, İzmit Akçakocabey SHM'ye başvuran erişkinler oluşturmaktadır. Çalışmaya gönüllülük esasına göre dahil olan %65,1'i kadın, %34,9'u erkek olmak üzere toplamda 355 kişi katılmıştır. Örneklem seçilmemiş olup tüm katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak,
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Dahil edilmeme kriteri yoktur.

3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Çalışmamız, İzmit SHM'ye başvuran kişilerle görüşülerek, gönüllü olmaları durumunda yüz yüze veri toplama anket formu doldurularak yapılmıştır. Veri toplama anket formu 25 soru ve üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılım onayı ve demografik bilgiler bulunmaktadır. İkinci bölümde SHM'den haberdar olma, SHM'ye başvuru nedenleri, hangi birime başvurdıkları, kronik hastalıkları ve takipli oldukları birimler; üçüncü bölümde ise SHM'nin varsa alternatifleri, SHM'den memnuniyet oranları ve DSÖ'nün sekiz soruluk Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS (WHOQOL-8.Tr)) bulunmaktadır.³⁵ Bu ölçek 2005 yılında "WHOQOL-Bref"³⁶ ölçeğinden üretilmiş, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği 2010 yılında Eser ve ark.³⁷ tarafından yapılan beşli likert tipi, genel sağlıkta yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam sekiz sorudan oluşan ölçeğin sorularının ikisi genel sorudur. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100'e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Üçüncü soru enerji düzeyi, dördüncü soru günlük yaşam becerilerinden memnuniyet, beşinci soru kendinden hoşnutluk, altıncı soru diğer

kişilerle olan ilişkiden hoşnutluk, yedinci soru para düzeyi ve sekizinci soru yaşanan evin koşulları ile ilgili sorulardır. Puan arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği varsayılır.³⁸ SHM'den memnuniyet sorularında beşli likert ölçeği kullanılmıştır. İlk soruda “SHM’de sunulan hizmetlerden memnun musunuz?” sorusu sorulup 1:hiç memnun değilim ile 5:çok memnunum arasında cevaplar alınmıştır. İkinci soru olan “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” ve üçüncü soru olan “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermelerine ise 1:kesinlikle katılmıyorum ile 5:kesinlikle katılıyorum arasında cevaplar alınmıştır.

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirme istatistik paket programları ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren numerik değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen numerik değişkenler medyan (min, 25-75 per, max), kategorik değişkenler ise sıklık (yüzde) olarak verilmiştir. Kategorik değerlerin ve bağımlı grupların karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. İki grup arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan numerik değişkenler için bağımsız örneklem T testi ile, normal dağılıma sahip olmayan numerik değişkenler için Mann Whitney U testi ile belirlenmiştir. İki numerik değişken arasındaki ilişki korelasyon analizi ile yapılmıştır. İki yönlü hipotezlerin testinde $p < 0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

3.4. Etik Onay

4 Ağustos 2022 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan

GOKAEK-2022/13.04 karar numarası ile etik onay alınmıştır. (Ek-2)

Çalışma için gerekli izinler İzmit İlçe Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır. (Ek-3)

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza 355 kişi başvurmuştur. Katılımcılara anketin ilk bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durumu ve eğitim durumu sorulmuştur. Katılanların 124'ü erkek (%34,9), 231'i kadın (%65,1) cinsiyettendir. Katılımcıların yaş ortalaması 42,9 ($\pm 11,8$) yıl, ortanca değeri 42 yıldır (min:18, 25 per:34, 75 per:52, max:70). Katılımcıların 97'si bekar (%27,3), 258'i evli (%72,7) olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası lise ya da üniversite mezunudur (Tablo-1).

Tablo-1: Katılımcıların Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	Sıklık	Yüzde
Üniversite Mezunu	102	%28,7
Lise Mezunu	100	%28,2
İlkokul Mezunu	95	%26,8
Ortaokul Mezunu	51	%14,4
Okuryazar Değilim	7	%2,0
Toplam	355	%100

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sağlıklı Hayat Merkezlerinden Haberdar Olma Durumları, Başvuru Nedenleri ve Başvurdukları Birimler

Katılımcılara anketin ikinci bölümünde SHM'deki hizmetlerden nasıl haberdar oldukları, SHM'ye başvuru nedenleri, SHM'de başvurdukları birimleri, kronik hastalıkları olup olmadığı, varsa hangi hastalıkları olduğu, takipli olup olmadığı, takipliyse nereden ve hangi bölümden takip edildiği sorulmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmı aile hekimleri tarafından SHM'ye yönlendirildiklerini (Tablo-2) ve kanser taraması için geldiklerini belirtmişlerdir (Tablo 3 ve Tablo 4).

Tablo-2: Katılımcıların “SHM’den Nasıl Haberdar Oldunuz?” Sorusuna Yanıtları

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Aile hekimim yönlendirdi.	180	%50,7
Arkadaşım, ailem, tanıdıklarım bilgilendirdi.	99	%27,9
Emniyet yönlendirdi.	36	%10,1
TV, internet, sosyal medya aracılığıyla öğrendim.	29	%8,2
Alo 171 hattı yönlendirdi.	5	%1,4
Tanıtım afişinde gördüm.	4	%1,1
Kadın doğum doktoru yönlendirdi.	2	%0,6
Toplam	355	%100

Tablo-3: Katılımcıların SHM’ye Başvuru Nedenleri

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Kanser tarama	151	%42,5
SÜDGE	68	%19,2
Sigara bırakma	49	%13,8
RİA taktırma	37	%10,4
Diyetisyen takibi	37	%10,4
Psikolojik danışmanlık	6	%1,7
Sağlık raporu	2	%0,6
Kan tahlili	2	%0,6
Aşı hizmeti	1	%0,3
Röntgen çekirme	1	%0,3
Egzersiz programı	1	%0,3
Toplam	355	%100

Tablo-4: Katılımcıların “Hangi Birim İçin Geldiniz?” Sorusuna Yanıtları

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (Ketem) danışmanlığı	151	%42,5
SÜDGE birimi (Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi)	68	%19,2
Sigara bıraktırma polikliniği	49	%13,8

Beslenme danışmanlığı	37	%10,4
Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri	37	%10,4
Psikolojik danışmanlık	6	%1,7
Tıbbi hizmetler (Enjeksiyon, pansuman, labaratuvar ve görüntüleme hizmetleri)	5	%1,4
Fizyoterapi, fiziksel aktivite danışmanlığı	1	%0,3
Enfeksiyon kontrol hizmetleri (TBC ve diğer bulaşıcı hastalıklar)	1	%0,3
Toplam	355	%100

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Kronik Hastalıkları, Takipli Oldukları Merkezler ve Bölümler

Katılımcılara kronik hastalıkları olup olmadığı sorulmuştur. “Kronik hastalığım/hastalıklarım var.” diyen kişilere hastalıkları sorulmuş olup “Hastalığım yok.” diyenlerden sonraki dört soruyu cevaplamadan geçmeleri istenmiştir. “Kronik hastalığım/hastalıklarım var.” diyenlerin hastalıkları öğrenilip hastalıklarının herhangi bir merkezden takipli olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların 249’u (%70,1’i) “Kronik hastalığım yok.” demiştir ve sonraki dört soruyu atlamışlardır; 106’sı ise (%29,9’u) “Kronik hastalığım/hastalıklarım var.” demiştir. “Kronik hastalığım/hastalıklarım var.” diyen 106 kişinin hastalık sayıları incelendiğinde 67 kişinin (%18,8) sadece bir hastalığı olduğu; 39 kişinin (%10,9) ise birden fazla hastalığı olduğu görülmüştür (Tablo-5 ve Tablo-6). Kronik hastalığı/hastalıkları olan katılımcıların hastalıklarının takipli olup olmadığı sorgulandığında 106 kişiden 99’unun (%93,4) herhangi bir merkezden takipli olduğu, yedi kişinin (%6,6) ise hiçbir merkezden takipli olmadığı görülmüştür. Takipli olan 99 katılımcıya “Kronik hastalığınız/hastalıklarınız nerede takip ediliyor?” ve “Hangi branşta/branşlarda takip ediliyor?” soruları sorulmuştur (Tablo-7). Takipli olmayan yedi katılımcıya sonraki iki soruyu atlamaları söylenilmiştir.

Tablo-5: Katılımcıların “Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Nelerdir?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımları

	Var		Yok	
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
Hipertansiyon	42	%39,6	64	%60,4
Diyabet (DM)	33	%31,1	73	%68,7
Akciğer ve Solunum Hastalıkları	18	%16,9	88	%83,1
Tiroid Hastalıkları	17	%16,0	89	%84,0
Kalp Hastalıkları	17	%16,0	89	%84,0
Kas, Kemik veya Eklem Hastalıkları	11	%10,3	95	%89,7
Mide-Bağırsak Hastalıkları	8	%7,5	98	%92,5
Dislipidemi	6	%5,6	100	%94,4
Obezite	6	%5,6	100	%94,4
Karaciğer Hastalıkları	4	%3,7	102	%96,3
Nörolojik Hastalıklar	4	%3,7	102	%96,3
Psikiyatrik Hastalıklar	4	%3,7	102	%96,3
Romatizmal Hastalıklar	2	%1,8	104	%98,2
Damar Hastalıkları	2	%1,8	104	%98,2
Kanser Türleri	1	%0,9	105	%99,1
Kan Hastalıkları	1	%0,9	105	%99,1

Tablo-6: Katılımcıların Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre Dağılımı

Toplam kronik hastalık yükü	Sıklık	Yüzde
1	67	%63,2
2	25	%23,5
3	5	%4,7
4	5	%4,7
5	2	%1,8
7	2	%1,8
Toplam	106	%100

Tablo-7: Kronik Hastalığı/Hastalıkları Olan Kişilerin Takipli Olduğu Merkezler

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Devlet hastaneleri	54	%54,5
Üniversiteler veya Eğitim-Araştırma hastaneleri	19	%19,2
Özel hastaneler veya özel klinikler	18	%18,2
Aile sağlığı merkezleri (ASM)	8	%8,1
Toplam	99	%100

Kronik hastalığı/hastalıkları olup takip edilen kişilerin sekizinin (%8,1) birinci basamakta, 91'inin (%91,9) ise ikinci veya üçüncü basamaklarda takip edildiği görülmüştür. Birinci basamakta takip edilen sekiz kişiden sonraki soruyu atlamaları istenilmiştir. 91 kişiye sonraki soruda hangi bölümden/bölümlerden takip edildikleri sorulmuştur. Kronik hastalığı/hastalıkları olup ikinci veya üçüncü basamakta takip edilen kişilerin hangi bölümlerde takip edildiği Tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo-8: Kronik Hastalığı/Hastalıkları Olan Bireylerin İkinci ve Üçüncü Basamakta Takipli Olduğu Bölümlerin Dağılımı

	Evet		Hayır	
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
Genel Dahiliye	56	%61,5	35	%38,5
Kardiyoloji	20	%21,9	71	%78,1
Göğüs Hastalıkları	13	%14,2	78	%85,8
Endokrinoloji	12	%13,1	79	%86,9
Gastroenteroloji	8	%8,7	83	%91,3
Romatoloji	6	%6,6	85	%93,4
Ortopedi ve Travmatoloji	5	%5,5	86	%94,5
Kalp ve Damar Cerrahisi	5	%5,5	86	%94,5
Nöroloji	4	%4,4	87	%95,6
Psikiyatri	4	%4,4	87	%95,6
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	2	%2,2	89	%97,8
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2	%2,2	89	%97,8
Genel Cerrahi	2	%2,2	89	%97,8
Onkoloji	1	%1,1	90	%98,9

Hematoloji	1	%1,1	90	%98,9
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	1	%1,1	90	%98,9
Göğüs Cerrahisi	1	%1,1	90	%98,9

4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yanıtlarına Göre SHM “Alternatiflerinin” Belirlenmesi

Katılımcılara “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusu sorulduğunda 211’i “Evet başvururdum.” (%59,4), 144’ü ise “Hayır başvurmadım.” (%40,6) yanıtını vermiştir. “Hayır” diyen katılımcılara bir sonraki soruyu atlamaları söylenilmiştir. “Evet” diyen katılımcılara ise “Hangi kuruluşa başvururdunuz?” sorusu sorulmuş; 83’ü aile sağlığı merkezlerine (%39,3), 71’i devlet hastanelerine (%33,6), 28’i üniversiteler veya eğitim araştırma merkezlerine (%13,3), 29’u ise özel hastaneler veya özel kliniklere (%13,7) başvururdum yanıtını vermiştir (Tablo-9).

Tablo-9: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvurursunuz?” Sorusuna Yanıtları

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Aile sağlığı merkezleri (ASM)	83	%39,3
Devlet hastaneleri	71	%33,6
Özel hastaneler veya özel klinikler	29	%13,7
Üniversiteler veya Eğitim-Araştırma hastaneleri	28	%13,3
Toplam	211	%100

4.5. Çalışmaya Katılan Bireylerin SHM’den Memnuniyet Düzeyleri ve SHM Hakkındaki Görüşleri

Anketin üçüncü bölümünde katılımcılara SHM’den memnuniyet düzeyleri, SHM’lerin birinci, ikinci ve üçüncü basamağın yükünü azalttığına dair görüşleri ve SHM’nin yaygınlaştırılmasına dair görüşleri beşli likert ölçeğiyle sorulmuştur. Sonrasında DSÖ’nün sekiz soruluk yaşam kalitesi ölçeği hastalara uygulanmıştır. İlk soru olan “SHM’nin sunduğu imkanlardan ve hizmetlerinden memnun musunuz?” sorusuna beşli likert ölçeğinde 1:hiç memnun değilim ile 5:çok memnunum arasında

yanıtlar alınmıştır. İkinci soru olan “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” ve üçüncü soru olan “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermelerine beşli likert ölçeğinde 1:kesinlikle katılmıyorum ile 5:kesinlikle katılıyorum arasında cevaplar alınmıştır. İlk soruya 212 kişi (%59,7) “Çok memnunum.”, 89 kişi (%25,1) ”Memnunum.”, 47 kişi (%13,2) “Kararsızım.”, dört kişi (%1,1) “Memnun değilim.”, üç kişi (%0,8) ise “Hiç memnun değilim.” demiştir. İkinci soruya katılımcıların 244’ü “Kesinlikle katılıyorum.” (%68,7), 63’ü “Katılıyorum.” (17,7), 31’i “Kararsızım.” (%8,7), yedisi “Katılmıyorum.” (%2,0), 10’u “Kesinlikle katılmıyorum.” (%2,8) yanıtlarını vermiştir. Tablo-10’da katılımcıların “SHM’nin sunduğu imkanlardan ve hizmetlerinden memnun musunuz?” sorusuna yanıtları gösterilmiştir.

Tablo-10: Katılımcıların SHM’den Memnuniyet Düzeyleri

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Çok memnunum (5)	212	%59,7
Memnunum (4)	89	%25,1
Kararsızım (3)	47	%13,2
Memnun değilim (2)	4	%1,1
Hiç memnun değilim (1)	3	%0,8
Toplam	355	%100

Tablo-11’de katılımcıların “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” önermesine yanıtları gösterilmiştir.

Tablo-11: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtları

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Kesinlikle katılıyorum (5)	244	%68,7
Katılıyorum (4)	63	%17,7
Kararsızım (3)	31	%8,7
Kesinlikle katılmıyorum (1)	10	%2,8
Katılmıyorum (2)	7	%2,0
Toplam	355	%100

Üçüncü soru olan “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermesine katılımcıların 286’sı “Kesinlikle katılıyorum.” (%80,6), 45’i “Katılıyorum.” (%12,7), 16’sı “Kararsızım.” (%4,5), üçü “Katılmıyorum.” (%0,8), beşi “Kesinlikle katılmıyorum.” (%1,4) yanıtlarını vermiştir. Tablo-12’de katılımcıların “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermesine yanıtları gösterilmiştir.

Tablo-12: Katılımcıların “SHM’lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtları

Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Kesinlikle katılıyorum (5)	286	%80,6
Katılıyorum (4)	45	%12,7
Kararsızım (3)	16	%4,5
Kesinlikle katılmıyorum (1)	5	%1,4
Katılmıyorum (2)	3	%0,8
Toplam	355	%100

4.6. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Katılımcılara son olarak DSÖ’nün sekiz soruluk yaşam kalitesi ölçme anketi (WHOQOL.8 Tr) uygulanmıştır. Bu anket beşli Likert tipi, 1:hiç ile 5:tamamen arasında yanıtlanan genel sağlıkta yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam sekiz sorudan oluşan ölçeğin sorularının ilk ikisi genel sorudur. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100’e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Puanların toplamı yöntemi kullanılarak istatistik hesaplamaları yapılmıştır. Ölçeğin ilk sorusu “Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?”, ikinci sorusu ise “Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?” sorusudur. Üçüncü soru “Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?”; dördüncü soru “Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?”; beşinci soru “Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?”; altıncı soru “Diğer kişilerle olan ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?”; yedinci soru “Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?” ve sekizinci soru “Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?” sorularıdır. Puan arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği varsayılır.

Tablo-13'te katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinin sorularına yanıtları gösterilmiştir.

Tablo-13: Katılımcıların DSÖ'nün Yaşam Kalitesi Ölçeğine (WHOQOL.8 Tr) Yanıtları

WHOQOL.8 Tr	1	2	3	4	5	Toplam
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	12 (%3,4)	27 (%7,6)	116 (%32,7)	109 (%30,7)	91 (%25,6)	355 (%100)
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	10 (%2,8)	25 (%7,0)	112 (%31,5)	119 (%33,5)	89 (%25,1)	355 (%100)
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	9 (%2,5)	11 (%3,1)	79 (%22,3)	109 (%30,7)	147 (%41,4)	355 (%100)
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3 (%0,8)	15 (%4,2)	63 (%17,7)	115 (%32,4)	159 (%44,8)	355 (%100)
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	11 (%3,1)	11 (%3,1)	68 (%19,2)	119 (%33,5)	146 (%41,1)	355 (%100)
Diğer kişilerle olan ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	8 (%2,3)	13 (%3,7)	58 (%16,3)	121 (%34,1)	155 (%43,7)	355 (%100)
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	17 (%4,8)	61 (%17,2)	99 (%27,9)	87 (%24,5)	91 (%25,6)	355 (%100)
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	10 (%2,8)	30 (%8,5)	66 (%18,6)	95 (%26,8)	154 (%43,4)	355 (%100)

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğine göre toplam puanlarının ortalamasının 31,3 ($\pm 5,9$), ortanca değerin ise 32 (min:8, max:40) olduğu görülmüştür.

4.7. Çalışmaya Katılan Bireylerin SHM'den Memnuniyet Oranlarının ve SHM Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların “SHM’nin sunduğu imkanlardan ve hizmetlerden memnun musunuz?” sorusuna yanıtları beşli likert ölçeğinde alınmıştır. Memnuniyet düzeyi iki gruba ayrılmıştır: (1:hiç memnun değilim, 2:memnun değilim ve 3:kararsızım) = 0; (4:memnunum ve 5:çok memnunum) = 1. Diğer kriterlerle ki-kare testi kullanılarak ilişkilendirilmiştir. Tablo-14’te SHM’den memnuniyet oranlarının cinsiyetle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-14: SHM’den Memnuniyet Oranlarının Cinsiyetle İlişkisi

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
0	n (Toplam %)	30 (%8,5)	24 (%6,8)	54 (%15,2)
	Memnuniyet Oranı %	%55,6	%44,4	%100
	Cinsiyet %	%13,0	%19,4	%15,2
1	n (Toplam %)	201 (%56,6)	100 (%28,2)	301 (%84,8)
	Memnuniyet Oranı %	%66,8	%33,2	%100
	Cinsiyet %	%87,0	%80,6	%84,8
Toplam	n (Toplam %)	231 (%65,1)	124 (%34,9)	355 (%100)
	Memnuniyet Oranı %	%65,1	%34,9	%100
	Cinsiyet %	%100	%100	%100
p		0,122		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

Memnuniyet seviyesine 1, 2 veya 3 diye yanıt veren 54 kişinin 30’unun kadın (%55,6), 24’ünün erkek (%44,4) olduğu; 4 veya 5 diye yanıt veren 301 kişinin ise 201’inin kadın (%66,8), 100’ünün erkek (%33,2) olduğu görülmüştür ve yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,122)

SHM’den memnuniyet oranlarına verilen yanıtların kişilerin eğitim durumlarına göre incelenmesinde eğitim durumları iki gruba ayrılmıştır: (1:okuryazar değilim, 2:ilkokul

mezunu ve 3:ortaokul mezunu) = 0; (4:lise mezunu ve 5:üniversite mezunu) = 1. Buna göre memnuniyet seviyesine 1, 2 veya 3 diyen 54 kişinin 19'unun (%35,2) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 35'inin (%64,8) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. Memnuniyet seviyesine 4 veya 5 diyen 301 kişinin 134'ünün (%44,5) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 167'sinin (%55,5) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. Memnuniyet oranlarının eğitim durumlarına göre incelenmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,234)

Tablo-15'te memnuniyet oranlarının eğitim durumlarıyla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-15: Memnuniyet Oranlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

		Eğitim Durumu		Toplam
		0	1	
0	n (Toplam %)	19 (%5,4)	35 (%9,9)	54 (%15,2)
	Memnuniyet Oranı %	%35,2	%64,8	%100
	Eğitim Durumu %	%12,4	%17,3	%15,2
1	n (Toplam %)	134 (%37,7)	167 (%47,0)	301 (%84,8)
	Memnuniyet Oranı %	%44,5	%55,5	%100
	Eğitim Durumu %	%87,6	%82,7	%84,8
Toplam	n (Toplam %)	153 (%43,1)	202 (%56,9)	355 (%100)
	Memnuniyet Oranı %	%43,1	%56,9	%100
	Eğitim Durumu %	%100	%100	%100
p		0,234		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

SHM'den memnuniyet oranlarına verilen yanıtların kişilerin kronik hastalığı olup olmamasına göre incelenmesinde 1, 2 veya 3 diyen 54 kişinin 41'inin (%75,9) kronik hastalığı olmadığı; 13'ünün (%24,1) kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Memnuniyet seviyesine 4 veya 5 diyen 301 kişinin 208'inin (%69,1) kronik hastalığının olmadığı; 93'ünün (%30,9) kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Memnuniyet oranlarının kronik hastalığa göre incelenmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,313) Tablo-16'da memnuniyet oranlarının kronik hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-16: Memnuniyet Oranlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

		Kronik Hastalık		Toplam
		Yok	Var	
0	n (Toplam %)	41 (%11,5)	13 (%3,7)	54 (%15,2)
	Memnuniyet oranı %	%75,9	%24,1	%100
	Kronik Hastalık %	%16,5	%12,3	%15,2
1	n (Toplam %)	208 (%58,6)	93 (%26,2)	301 (%84,8)
	Memnuniyet oranı %	%69,1	%30,9	%100
	Kronik Hastalık %	%83,5	%87,7	%84,8
Toplam	n (Toplam %)	249 (%70,1)	106 (%29,9)	355 (%100)
	Memnuniyet oranı %	%70,1	%29,9	%100
	Kronik Hastalık %	%100	%100	%100
p		0,313		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

Katılımcıların “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” önermesine yanıtları iki gruba ayrılmıştır: (1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum ve 3:kararsızım) = 0; (4:katılıyorum ve 5:kesinlikle katılıyorum) = 1. Yanıtların cinsiyet ve eğitim durumuyla ilişkisine bakılmıştır. Tablo-17’de katılımcıların bu önermeye yanıtlarının cinsiyetle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-17: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
0	n (Toplam %)	27 (%7,6)	21 (%5,9)	48 (%13,5)
	SHM’nin Kurulma Amaç ı %	%56,2	%43,8	%100
	Cinsiyet %	%11,7	%16,9	%13,5
1	n (Toplam %)	204 (%57,5)	103 (%29,0)	307 (%86,5)
	SHM’nin Kurulma Amaç ı %	%66,4	%33,6	%100
	Cinsiyet %	%88,3	%83,1	%86,5
Toplam	n (Toplam %)	231 (%65,1)	124 (%34,9)	355 (%100)
	SHM’nin Kurulma Amaç ı %	%65,1	%34,9	%100
	Cinsiyet %	%100	%100	%100
p		0,193		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

Katılımcıların SHM’nin kurulma amacına yönelik önermeye yanıtlarının cinsiyetle ilişkisinde, 1, 2 veya 3 diye yanıt veren 48 kişinin 27’sinin (%56,2) kadın, 24’ünün

erkek (%43,8) olduğu; 4 veya 5 diye yanıt veren 307 kişinin ise 204'ünün kadın (%66,4), 103'ünün erkek (%33,6) olduğu görülmüştür ve yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,193)

SHM'nin kurulma amacına yönelik önermeye verilen yanıtların kişilerin eğitim durumlarına göre incelenmesinde, 1, 2 veya 3 diyen 48 kişinin 15'inin (%31,2) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 33'ünün (%68,8) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. Kurulma amacı önermesine 4 veya 5 diyen 307 kişinin 138'inin (%45,0) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 169'unun (%55,0) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. SHM'nin kurulma amacına yönelik önermenin eğitim durumlarına göre incelenmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,085) Tablo-18'de SHM'nin kurulma amacına verilen yanıtların eğitim durumlarıyla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-18: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtlarının Eğitim Durumuyla İlişkisi

		Eğitim Durumu		Toplam
		0	1	
0	n	15	33	48
	(Toplam %)	(%4,2)	(%9,3)	(%13,5)
	SHM'nin Kurulma Amacı %	%31,2	%68,8	%100
	Eğitim Durumu %	%9,8	%16,3	%13,5
1	n	138	169	307
	(Toplam %)	(%38,9)	(%47,6)	(%86,5)
	SHM'nin Kurulma Amacı %	%45,0	%55,0	%100
	Eğitim Durumu %	%90,2	%83,7	%86,5

Toplam	n (Toplam %)	153 (%43,1)	202 (%56,9)	355 (%100)
	SHM'nin Kurulma Amacı %	%43,1	%56,9	%100
	Eğitim Durumu %	%100	%100	%100
p		0,085		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

Katılımcıların SHM'nin kurulma amacına yönelik önermeye yanıtlarının kronik hastalığı olup olmamasıyla ilişkisinde, 1, 2 veya 3 diye yanıt veren 48 kişinin 39'unun (%81,3) kronik hastalığı olmadığı, dokuzunun (%18,8) kronik hastalığı olduğu; 4 veya 5 diye yanıt veren 307 kişinin ise 210'unun (%68,4) kronik hastalığı olmadığı, 97'sinin (%31,6) kronik hastalığı olduğu görülmüştür ve yanıtların kronik hastalığa göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,071) Tablo-19'da SHM'nin kurulma amacına verilen yanıtların kronik hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-19: Katılımcıların “SHM’ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur.” Önermesine Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

		Kronik Hastalık		Toplam
		Yok	Var	
0	n (Toplam %)	39 (%11,0)	9 (%2,5)	48 (%13,5)
	SHM'nin Kurulma Amacı %	%81,3	%18,8	%100
	Kronik Hastalık %	%15,7	%8,5	%13,5
1	n (Toplam %)	210 (%59,2)	97 (%27,3)	307 (%86,5)
	SHM'nin Kurulma Amacı %	%68,4	%31,6	%100

	Kronik Hastalık %	%84,3	%91,5	%86,5
Toplam	n	249	106	355
	(Toplam %)	(%70,1)	(%29,9)	(%100)
	SHM'nin Kurulma Amacı %	%70,1	%29,9	%100
	Kronik Hastalık %	%100	%100	%100
p		0,071		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

Katılımcıların “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermesine yanıtları iki gruba ayrılmıştır: (1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum ve 3:kararsızım) = 0; (4:katılıyorum ve 5:kesinlikle katılıyorum) = 1. Yanıtların cinsiyet ve eğitim durumuyla ilişkisine bakılmıştır. Tablo-20’de katılımcıların bu önermeye yanıtlarının cinsiyetle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-20: Katılımcıların “SHM’lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
0	n	11	13	24
	(Toplam %)	(%3,1)	(%3,7)	(%6,8)
	SHM’lerin Yaygınlaştırılması %	%45,8	%54,2	%100
	Cinsiyet %	%4,8	%10,5	%6,8
1	n	220	111	331
	(Toplam %)	(%62,0)	(%31,3)	(%93,2)
	SHM’lerin Yaygınlaştırılması %	%66,5	%33,5	%100
	Cinsiyet %	%95,2	%89,5	%93,2
Toplam	n	231	124	355

	(Toplam %)	(%65,1)	(%34,9)	(%100)
	SHM’lerin Yaygınlaştırılması %	%65,1	%34,9	%100
	Cinsiyet %	%100	%100	%100
p		0,047		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

Katılımcıların SHM'lerin yaygınlaştırılmasına yönelik önermeye yanıtlarının cinsiyetle ilişkisinde, 1, 2 veya 3 diye yanıt veren 24 kişinin 11'inin (%45,8) kadın, 13'ünün erkek (%54,2) olduğu; 4 veya 5 diye yanıt veren 331 kişinin ise 220'sinin kadın (%66,5), 111'inin erkek (%33,5) olduğu görülmüştür ve yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır. (p:0,047) Bu anlamlı fark, SHM'nin yaygınlaştırılmasına yönelik önermeye olumsuz yanıtlar olan 1, 2 veya 3 yanıtlarının cinsiyete oranında (%6,8); erkeklerin (%10,5) kadınlara (%4,8) göre daha fazla olumsuz yanıt vermesinden kaynaklanmıştır (Tablo-20).

SHM'lerin yaygınlaştırılmasına yönelik önermeye verilen yanıtların kişilerin eğitim durumlarına göre incelenmesinde, 1, 2 veya 3 diyen 24 kişinin 10'unun (%41,7) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 14'ünün (%58,3) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. Yaygınlaştırılma önermesine 4 veya 5 diyen 331 kişinin 143'ünün (%43,2) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 188'inin (%56,8) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. SHM'nin yaygınlaştırılmasına yönelik önermenin eğitim durumlarına göre incelenmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:1,000) Tablo-21'de SHM'nin kurulma amacına verilen yanıtların eğitim durumlarıyla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-21: Katılımcıların “SHM'lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

		Eğitim Durumu		Toplam
		0	1	
0	n	10	14	24
	(Toplam %)	(%2,8)	(%3,9)	(%6,8)
	SHM'lerin Yaygınlaştırılması %	%41,7	%58,3	%100

	Eğitim Durumu %	%6,5	%6,9	%6,8
1	n	143	188	331
	(Toplam %)	(%40,3)	(%53,0)	(%93,2)
	SHM’lerin Yaygınlaştırılması %	%43,2	%56,8	%100
	Eğitim Durumu %	%93,5	%93,1	%93,2
Toplam	n	153	202	355
	(Toplam %)	(%43,1)	(%56,9)	(%100)
	SHM’lerin Yaygınlaştırılması %	%43,1	%56,9	%100
	Eğitim Durumu %	%100	%100	%100
p		1,000		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

SHM'lerin yaygınlaştırılmasına yönelik önermeye verilen yanıtların kişilerin kronik hastalığı olup olmamasıyla ilişkisinde, 1, 2 veya 3 diye yanıt veren 24 kişinin 17'sinin (%70,8) kronik hastalığı olmadığı, yedisinin (%29,2) kronik hastalığı olduğu; 4 veya 5 diye yanıt veren 331 kişinin ise 232'sinin (%70,1) kronik hastalığı olmadığı, 99'unun (%29,9) kronik hastalığı olduğu görülmüştür ve yanıtların kronik hastalığa göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,939) Tablo-22'de SHM'nin kurulma amacına verilen yanıtların kronik hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-22: Katılımcıların “SHM'lerin Yaygınlaştırılması Gerekir.” Önermesine Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

		Kronik Hastalık		Toplam
		Yok	Var	
0	n	17	7	24
	(Toplam %)	(%4,8)	(%2,0)	(%6,8)
	SHM'lerin Yaygınlaştırılması %	%70,8	%29,2	%100
	Kronik Hastalık %	%6,8	%6,6	%6,8
1	n	232	99	331
	(Toplam %)	(%65,4)	(%27,9)	(%93,2)

	SHM'lerin Yaygınlaştırılması %	%70,1	%29,9	%100
	Kronik Hastalık %	%93,2	%93,4	%93,2
Toplam	n	249	106	355
	(Toplam %)	(%70,1)	(%29,9)	(%100)
	SHM'lerin Yaygınlaştırılması %	%70,1	%29,9	%100
	Kronik Hastalık %	%100	%100	%100
p		0,939		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

4.8. Çalışmaya Katılan Bireylerin SHM'nin “Alternatiflerinin” Belirlenmesi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuna yanıtları diğer kriterlerle ki-kare testi kullanılarak ilişkilendirilmiştir. “Hayır, başvurmadım.” diyen 144 (%40,6) katılımcıdan bir sonraki soruyu atlamaları istenilmiştir. “Evet, başvururdum.” diyen 211 (%59,4) katılımcının bir sonraki soru olan “Hangi birime başvururdunuz?” sorusuna yanıtları iki gruba ayrılmıştır: (Aile Sağlığı Merkezleri) = 1 (birinci basamak), (Devlet Hastaneleri, Üniversite veya Eğitim-Araştırma Hastaneleri, Özel Hastane veya Klinikler) = 2, 3 (ikinci, üçüncü basamak). Tablo-23'te “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuna yanıtların cinsiyetle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-23: Katılımcıların “SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur muydunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Hayır	n	72	72	144
	(Toplam %)	(%20,3)	(%20,3)	(%40,6)
	SHM'lerin Alternatifi Var Mı %	%50,0	%50,0	%100

	Cinsiyet %	%31,2	%58,1	%40,6
Evet	n	159	52	211
	(Toplam %)	(%44,8)	(%14,6)	(%59,4)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%75,4	%24,6	%100
	Cinsiyet %	%68,8	%41,9	%59,4
Toplam	n	231	124	355
	(Toplam %)	(%65,1)	(%34,9)	(%100)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%65,1	%34,9	%100
	Cinsiyet %	%100	%100	%100
p		0,000		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

“SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuna “Hayır, başvurmadım.” diyen 144 kişinin 72’sinin kadın (%50,0), 72’sinin erkek (%50,0) olduğu; “Evet, başvururdum.” diyen 211 kişinin 159’unun kadın (%75,4), 52’sinin erkek (%24,6) olduğu görülmüştür ve yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır. (p:0,000) Bu anlamlı fark, “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuna kadınların çoğunlukla (%68,8) “Evet, başvururdum.” yanıtını; erkeklerin ise çoğunlukla (%58,1) “Hayır, başvurmadım.” yanıtını vermesinden kaynaklanmıştır (Tablo-23).

“SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusunun yanıtlarının kişilerin eğitim durumlarına göre incelenmesinde, “Hayır” diyen 144 kişinin 71’inin (%49,3) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 73’ünün (%50,7) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. “Evet” diyen 211 kişinin 82’sinin (%38,9) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu; 129’unun (%61,1) eğitim durumlarının ise lise mezunu veya üstü olduğu görülmüştür. “SHM’lerin alternatifi var mı?” sorusunun eğitim durumlarına göre incelenmesinde

anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,051) Tablo-24’te “SHM’lerin alternatifi var mı?” sorusuna verilen yanıtların eğitim durumlarıyla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-24: Katılımcıların “SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur muydunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

		Eğitim Durumu		Toplam
		0	1	
Hayır	n (Toplam %)	71 (%20,0)	73 (%20,6)	144 (%40,6)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%49,3	%50,7	%100
	Eğitim Durumu %	%46,4	%36,1	%40,6
Evet	n (Toplam %)	82 (%23,1)	129 (%36,3)	211 (%59,4)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%38,9	%61,1	%100
	Eğitim Durumu %	%53,6	%63,9	%59,4
Toplam	n (Toplam %)	153 (%43,1)	202 (%56,9)	355 (%100)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%43,1	%56,9	%100
	Eğitim Durumu %	%100	%100	%100
p		0,051		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

“SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusunun yanıtlarının katılımcıların kronik hastalığı olup olmamasına göre incelenmesinde, “Hayır” diyen 144 kişinin 116’sının (%80,6) kronik hastalığının olmadığı; 28’inin (%19,4) kronik

hastalığı olduğu görülmüştür. “Evet” diyen 211 kişinin 133’ünün (%63,0) kronik hastalığının olmadığı; 78’inin (%37,0) kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Tablo-25’te “SHM’lerin alternatifi var mı?” sorusuna verilen yanıtların kronik hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir. “SHM’lerin alternatifi var mı?” sorusunun kronik hastalığa göre incelenmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır. (p:0,000) Bu anlamlı fark “SHM’lerin alternatifi var mı?” sorusunun kronik hastalığa oranında; kronik hastalığı olmayanların (%46,6), olanlara (%26,4) göre daha fazla “Hayır” yanıtını vermesinden ve kronik hastalığı olanların (%73,6), olmayanlara (%53,4) göre daha fazla “Evet” yanıtını vermesinden kaynaklanmıştır (Tablo-25).

Tablo-25: Katılımcıların “SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur muydunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

		Kronik Hastalık		Toplam
		Yok	Var	
Hayır	n (Toplam %)	116 (%32,7)	28 (%7,9)	144 (%40,6)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%80,6	%19,4	%100
	Kronik Hastalık %	%46,6	%26,4	%40,6
Evet	n (Toplam %)	133 (%37,5)	78 (%22,0)	211 (%59,4)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%63,0	%37,0	%100
	Kronik Hastalık %	%53,4	%73,6	%59,4
Toplam	n (Toplam %)	249 (%70,1)	106 (%29,9)	355 (%100)
	SHM’lerin Alternatifi Var Mı %	%70,1	%29,9	%100

	Kronik Hastalık %	%100	%100	%100
p		0,000		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

“Hangi kuruluşa başvururdunuz?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyetle ilişkisinde ise; 1 (birinci basamak) diyen 83 kişinin 64’ünün kadın (%77,1), 19’unun erkek (%22,9) olduğu; 2, 3 (ikinci, üçüncü basamak) diyen 128 kişinin 95’inin kadın (%74,2), 33’ünün erkek (%25,8) olduğu görülmüştür ve yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,634) “Hangi kuruluşa başvururdunuz?” sorusunun yanıtlarının cinsiyetle ilişkisi Tablo-26’da gösterilmiştir.

Tablo-26: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Cinsiyetle İlişkisi

Sağlık Kurumu Basamağı		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
1	n	64	19	83
	(Toplam %)	(%30,3)	(%9,0)	(%39,3)
	SHM’lerin Alternatifi %	%77,1	%22,9	%100
	Cinsiyet %	%40,3	%36,5	%39,3
2, 3	n	95	33	128
	(Toplam %)	(%45,0)	(%15,6)	(%60,7)
	SHM’lerin Alternatifi %	%74,2	%25,8	%100
	Cinsiyet %	%59,7	%63,5	%60,7
Toplam	n	159	52	211
	(Toplam %)	(%75,4)	(%24,6)	(%100)
	SHM’lerin Alternatifi %	%75,4	%24,6	%100
	Cinsiyet %	%100	%100	%100
p		0,634		
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)				

“Hangi kuruluşa başvururdunuz?” sorusuna verilen yanıtların eğitim durumlarıyla ilişkisinde; 1 (birinci basamak) diyen 83 kişinin 42’sinin (%50,6) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu, 41’inin (%49,4) eğitim durumlarının lise mezunu ve üstü olduğu; 2, 3 (ikinci, üçüncü basamak) diyen 128 kişinin 40’ının (%31,3) eğitim durumlarının ortaokul mezunu veya altı olduğu, 88’inin (%68,8) eğitim durumlarının lise mezunu ve üstü olduğu görülmüştür ve yanıtların eğitim durumlarına göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır. (p:0,006) Bu fark, eğitim durumları lise mezunu ve üstü olanların çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamağı tercih etmelerinden (%68,2), ortaokul mezunu ve altı olanların ise çoğunlukla birinci basamağı tercih etmelerinden (%51,2) kaynaklanmıştır (Tablo-27).

Tablo-27: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

		Eğitim Durumu		Toplam
		0	1	
1	n	42	41	83
	(Toplam %)	(%19,9)	(%19,4)	(%39,3)
	SHM’lerin Alternatifi %	%50,6	%49,4	%100
2, 3	Eğitim Durumu %	%51,2	%31,8	%39,3
	n	40	88	128
	(Toplam %)	(%19,0)	(%41,7)	(%60,7)
Toplam	SHM’lerin Alternatifi %	%31,3	%68,8	%100
	Eğitim Durumu %	%48,8	%68,2	%60,7
	n	82	129	211
Toplam	(Toplam %)	(%38,9)	(%61,1)	(%100)
	SHM’lerin Alternatifi %	%38,9	%61,1	%100
	Eğitim Durumu %	%100	%100	%100

p	0,006	
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)		

“Hangi kuruluşa başvururdunuz?” sorusuna verilen yanıtların kronik hastalıklarıyla ilişkisinde; 1 (birinci basamak) diyen 83 kişinin 56’sının (%67,5) kronik hastalığının olmadığı, 27’sinin (%32,5) kronik hastalığı olduğu; 2, 3 (ikinci, üçüncü basamak) diyen 128 kişinin 77’sinin (%60,2) kronik hastalığının olmadığı, 51’inin (%39,8) kronik hastalığı olduğu görülmüştür ve yanıtların kronik hastalığa göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,282) Tablo-28’de “Hangi kuruluşa başvururdunuz?” sorusunun yanıtlarının kronik hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo-28: Katılımcıların “Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?” Sorusuna Yanıtlarının Kronik Hastalıkla İlişkisi

		Kronik Hastalık		Toplam
		Yok	Var	
1	n (Toplam %)	56 (%26,5)	27 (%12,8)	83 (%39,3)
	SHM’lerin Alternatifi %	%67,5	%32,5	%100
	Kronik Hastalık %	%42,1	%34,6	%39,3
2, 3	n (Toplam %)	77 (%36,5)	51 (%24,2)	128 (%60,7)
	SHM’lerin Alternatifi %	%60,2	%39,8	%100
	Kronik Hastalık %	%57,9	%65,4	%60,7
Toplam	n (Toplam %)	133 (%63,0)	78 (%37,0)	211 (%100)
	SHM’lerin Alternatifi %	%63,0	%37,0	%100
	Kronik Hastalık %	%100	%100	%100

p	0,282	
Analiz için ki-kare testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde)		

4.9. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların WHOQOL.8 Tr ölçeğine göre toplam puanlarının ortalaması farklı kriterlerle T testi kullanılarak ilişkilendirilmiştir. Tablo-29’da katılımcıların yaşam kalitelerinin diğer kriterlerle ilişkisi gösterilmiştir.

Katılımcıların toplam puanlarının cinsiyetleriyle ilişkisinde; kadınların toplam puanlarının ortalamasının 30,5 ($\pm 5,6$), erkeklerin toplam puanlarının ortalamasının ise 32,6 ($\pm 6,3$) olduğu görülmüştür ve cinsiyetlerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. (p:0,001*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının eğitim durumlarıyla ilişkisinde; 0 (ortaokul mezunu ve altı) diyen 153 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 31,5 ($\pm 5,7$), 1 (lise mezunu ve üstü) diyen 202 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 31,1 ($\pm 6,0$) olduğu görülmüştür ve eğitim durumlarıyla katılımcıların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,503*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının kronik hastalığı olup olmamasıyla ilişkisinde; “yok” diyen 249 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 31,6 ($\pm 5,8$), “var” diyen 106 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 30,4 ($\pm 6,1$) olduğu görülmüştür ve eğitim durumlarıyla katılımcıların kronik hastalığı olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,086*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının “SHM’nin sunduğu imkanlardan ve hizmetlerinden memnun musunuz?” sorusuyla ilişkisinde; 0 diyen 54 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 29,6 ($\pm 6,4$), 1 diyen 301 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 31,5 ($\pm 5,8$) olduğu görülmüştür ve SHM’den memnuniyet oranlarıyla katılımcıların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. (p:0,030*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” önermesiyle ilişkisinde; 0 diyen 48 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 30,9 ($\pm 6,1$), 1 diyen 307 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 31,3 ($\pm 5,9$) olduğu görülmüştür. “SHM’ler aile hekimliğinin ve

hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” önermesiyle katılımcıların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,674*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermesiyle ilişkisinde; 0 diyen 24 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 31,9 ($\pm 6,0$), 1 diyen 331 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 31,2 ($\pm 5,9$) olduğu görülmüştür.

“SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermesiyle katılımcıların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,598*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuyla ilişkisinde; “hayır” diyen 144 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 31,7 ($\pm 6,4$), “evet” diyen 211 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 31,0 ($\pm 5,6$) olduğu görülmüştür. “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuyla katılımcıların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,144*) (*:T testi)

Katılımcıların toplam puanlarının “Hangi birime başvururdunuz?” sorusuyla ilişkisinde; 1 (birinci basamak) diyen 83 kişinin toplam puanlarının ortalamasının 31,3 ($\pm 5,9$), 2, 3 (ikinci, üçüncü basamak) diyen 128 kişinin toplam puanlarının ortalamasının ise 30,7 ($\pm 5,4$) olduğu görülmüştür. “Hangi birime başvururdunuz?” sorusuyla katılımcıların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (p:0,492*) (*:T testi)

Tablo-29: Katılımcıların Yaşam Kalitelerinin Diğer Kriterlerle İlişkisi

		n/%	WHOQOL.8 Toplam	SD	p
Cinsiyet	Kadın	231 (%65,1)	30,5	5,6	0,001
	Erkek	124 (%34,9)	32,6	6,3	
Eğitim Durumu	0	153 (%43,1)	31,5	5,7	0,503
	1	202 (%56,9)	31,3	6,0	
Kronik Hastalık	Yok	249 (%70,1)	31,6	5,8	0,086
	Var	106 (%29,9)	30,4	6,1	
Memnuniyet Oranı	0	54 (%15,2)	29,6	6,4	0,030
	1	301 (%84,8)	31,5	5,8	
SHM’nin Kurulma Amacı	0	48 (%13,5)	30,9	6,1	0,674

	1	307 (%86,5)	31,3	5,9	
SHM’lerin Yaygınlaştırılması	0	24 (%6,8)	31,9	6,0	0,598
	1	331 (%93,2)	31,2	5,9	
SHM’lerin Alternatifi Var Mı?	0	144 (%40,6)	31,7	6,4	0,144
	1	211 (%59,4)	31,0	5,6	
SHM’lerin Alternatifi	1	83 (%39,3)	31,3	5,9	0,492
	2, 3	128 (%60,7)	30,7	5,4	
Analiz için T testi kullanılmıştır. (n:sıklık, %:yüzde, SD:standart sapma)					



5. TARTIŞMA

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık hizmet sunumunda çok önemli bir yere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yatarak tedavi gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve tedavisi büyük ölçüde yapılabilirken, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri de ağırlıklı olarak sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi uygulamalarının ortaya konulması birinci basamak sağlık hizmetlerini modern bir yapıya kavuşturmuştur.³⁴ Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri; topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimleri tarafından sağlanmaktadır. Bu bağlamda SHM ise tanımında da ifade edildiği gibi hem aile sağlığı merkezi hem de toplum sağlığı merkezi faaliyetlerini destekleyecek bir birim olarak ön plana çıkmaktadır ve hem bireye hem de topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif rol oynamaktadır.³³ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü ve özellikle sağlığa ulaşımındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırdığı göz önünde bulundurulduğunda büyük bir önemde olduğu fark edilmektedir.¹⁶

Çalışmamızda sağlık hizmetleri arasında henüz yeni sayılan SHM'lerin birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine katkılarını araştırdık. Çalışmamıza gönüllü katılan 355 kişiye hazırladığımız ankette demografik bilgilerini, SHM'den nasıl haberdar olduklarını, başvuru nedenlerini ve birimlerini, kronik hastalıklarını ve takipli oldukları yerleri, SHM'den memnuniyet oranlarını, SHM hakkındaki görüşlerini, SHM'nin alternatifi olarak düşündükleri yerleri sorduk ve son olarak DSÖ'nün sekiz soruluk kısa yaşam kalitesi ölçeğini uyguladık. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ışığında katılımcıların ifadeleri değerlendirilerek SHM'nin koruyucu sağlık hizmetlerine katkısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Literatür incelendiğinde ülkemizde bu konuyu kapsayan daha önce yapılmış bir çalışma olmayıp benzer bir konu olarak İstanbul'daki SHM'lere başvuran bireylerin algı ve beklentilerini tespit etmek ve değerlendirmek üzere yapılan bir yüksek lisans tez çalışması bulunmaktadır.³⁹ Bir çalışmada da Karaman'da bulunan SHM'ye başvuranların tercih sebepleri araştırılmıştır.¹⁹ Ayrıca Mersin'deki SHM'lerde çalışan personeller üzerinden SHM'nin yapısının, hizmet sunumunun ve problemlerinin incelendiği bir çalışma da bulunmaktadır.³³

21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde de Erzurum'da bulunan SHM'lerde sunulan hizmetlerin değerlendirildiği bir bildiri yapılmıştır.⁴⁰

SHM'nin belli bölümlerine yönelik yüksek lisans tezleri de yapılmıştır. Örneğin Afyon'da yapılan bir çalışmada SHM'de verilen fiziksel aktivite ve diyet danışmanlık hizmetleri incelenmiştir.⁴¹ Nevşehir'de yapılan bir çalışmada SHM'ye başvuran 18-65 yaş arası kişilerin duygusal iştah, uyku kalitesi ve depresyon durumları araştırılmıştır.⁴² Elazığ'da yapılan bir çalışmada SHM'lere başvuran yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları ve depresyon belirtileri ilişkisi incelenmiştir.⁴³ Çanakkale'de yapılan bir çalışmada ise SHM'ye başvuran 18-65 yaş arası kadınların sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiştir.⁴⁴ Bu gibi çalışmalar literatürde bulunmaktadır, araştırmamıza az da olsa benzerlik gösteren çalışmalara vurgu yapılmıştır.

Çalışmamızın bulgularına baktığımızda; çalışmamıza katılanların çoğu (%65,1) kadındır ve benzer çalışmalarda da kadınlar çoğunluktadır.^{19,39,40,42,43,45} Çalışmamızdaki cinsiyet dağılımının literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte Türkiye genelindeki dağılımdan farklı olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum SHM'de verilen hizmetlerin bir kısmının (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, RİA taktırma, gebe eğitimi, üreme sağlığı eğitimi vb.) daha çok kadınlara yönelik olmasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların çoğu (%72,7) evlidir ve yaş ortalamalarının 42,9 yıl olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunun (%56,9) eğitim durumu lise mezunu ve üzeridir, benzer çalışmalarda da katılımcıların eğitim durumları benzerdir.^{19,39,42-44} Güncel TÜİK verilerine göre nüfusun %35,3'ünün eğitim durumu lise ve üzeridir ve ülke genelindeki dağılımla çalışmamızdaki sonuç farklılık göstermektedir.⁴⁶ Bunun sebebi, çalışmanın sosyokültürel ve sosyoekonomik açıdan ülkenin geneline göre kısıtlı bir evrene uygulanması ve il merkezinde yapılması olabilir.

Katılımcıların SHM'den haberdar olma durumu sorgulandığında çoğunlukla aile hekimi tarafından yönlendirildiği görülmüştür; literatürde bu durumu destekleyen benzer sonuçlar görülmüştür.^{33,39} Bu durum, toplumun SHM'lere yönelik farkındalığına aile hekimleri tarafından gerçekleştirilen yönlendirmelerin büyük katkı sağladığını göstermektedir; bir çalışmada da benzer bir sonuca ulaşılmıştır.³⁹

Katılımcıların başvuru nedenlerine verdikleri yanıtlar ile “Hangi birime başvururdunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar birbirine çok benzemektedir. En fazla başvuru nedeni %42,5 olarak kanser tarama denilmiş ve diğer çalışmalarla benzer bir sonuca ulaşılmıştır.¹⁹ Literatürdeki diğer SHM’lere başvurular incelendiğinde topluma en fazla hizmet sağlayan birimin KETEM olduğu görülmüştür.^{19,39} Çalışmamız da bu sonucu desteklemektedir.

Çalışmaya başvuranların %70,1’i “Kronik hastalığım yok.” demiştir, %29,9’u ise “Var” demiştir. Katılımcıların kronik hastalıkları arasında en fazla HT (%39,6), ikinci sırada ise DM (%31,1) görülmüştür. Bu verileri diğer çalışmalarla kıyasladığımızda farklı bir sonuç ortaya çıkmıştır.^{42,43} Bu farklılığın nedeni tek merkezde ve sınırlı sayıda kişi ile çalışmak olabilir.

Kronik hastalığı olan 106 kişinin %6,6’sının herhangi bir merkezden takipli olmadığı öğrenilmiştir. Bu sonuç sağlık hizmet sunucularının kronik hastalık takiplerinde aksayan yönlerinin olduğunu göstermektedir. Takipli olan 99 katılımcının sadece %8,1’inin birinci basamaktan takipli olduğu görülmüştür. Bu sonuç, birinci basamak merkezlerin kronik hastalık takibine gereken önemi vermemesinden ve kronik hastalığı olan katılımcıların, takiplerinin daha iyi imkanların olduğu ikinci ve üçüncü basamak merkezlerde yapılmasını tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir. İkinci ve üçüncü basamakta takip edilen 91 kişinin en sık genel dahiliye polikliniğinden (%61,5) takipli olduğu görülmüştür.

SHM’lerin alternatiflerini öğrenmek için katılımcılara yönelttiğimiz sorulardan ilki olan; “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuna katılımcıların çoğu (%59,4) “Evet” yanıtını vermiştir. Yanıtların kişilerin eğitim durumlarına göre incelenmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p:0,051). “Hayır” ve “Evet” diyenlerin cinsiyetlerine bakıldığında; “Hayır” diyenlerin eşit oranda olduğu, “Evet” diyenlerde ise kadınların çoğunlukta olduğu (%75,4) görülmüştür ve yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,000). Bu anlamlı fark, kadınların çoğunlukla (%68,8) “Evet” yanıtını; erkeklerin ise çoğunlukla (%58,1) “Hayır” yanıtını vermesinden kaynaklanmıştır. Bu sonucun güvenilir bir veri olmadığını düşünmekteyiz, çünkü araştırmaya katılanların %19,1’i SÜDGE eğitimi için başvurduğunu söylemiştir ve bu eğitimi zorunlu olarak almaktadır. Bu kişilerin çoğu erkektir ve bu eğitimi almak için emniyet tarafından bu birime yönlendirilmişlerdir.

“SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” sorusuna yanıtların kronik hastalık durumuna göre incelenmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,000). Bu anlamlı farkın; kronik hastalığı olanların (%73,6), olmayanlara (%53,4) göre daha fazla “Evet” yanıtını vermesinden kaynaklandığı görülmüştür. Buna göre kronik hastalığı olanların çoğu SHM’nin alternatifinin olduğu düşüncesindedir. Katılımcıların bu düşüncelerine kronik hastalıklarının takipli olduğu merkezlere sık başvurmaları sebep olmuş olabilir. Kronik hastalığı olmayanlar ise sağlık kuruluşlarına diğerlerine nazaran daha az başvurdukları için SHM’yi alternatifi olmayan bir yer olarak görebilmişlerdir. Çalışmamızda “SHM olmasaydı nereye başvururdunuz?” sorusunu yanıtlayan 211 kişinin %39,3’ü aile sağlığı merkezleri, %33,6’sı devlet hastaneleri, %13,7’si üniversite veya eğitim-araştırma hastaneleri, %13,3’ü ise özel hastaneler veya özel klinikler yanıtını vermiştir. Buna göre katılımcılar tarafından SHM’nin alternatifi olarak her ne kadar ilk sırada birinci basamak denilse de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları daha fazla oranda (%60,7) düşünülmüştür. Yanıtların cinsiyete göre (p:0,634) ve kronik hastalığa göre (p:0,282) değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yanıtların eğitim durumuna göre değerlendirilmesinde ise anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,006). Bu fark, eğitim durumları lise mezunu ve üstü olanların çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamağı tercih etmelerinden (%68,2), ortaokul mezunu ve altı olanların ise çoğunlukla birinci basamağı tercih etmelerinden (%51,2) kaynaklanmıştır. Buna göre kişilerin okuryazarlık seviyeleri arttıkça sağlık hizmetlerini almak için birinci basamağı daha az tercih ettikleri anlaşılmıştır.

SHM’den memnuniyet seviyelerine bakıldığında, katılımcıların çoğu (%84,8) “Memnunum.” ve “Çok memnunum.” yanıtlarını vermiştir. Yanıtların cinsiyete göre (p:0,122), eğitim durumlarına göre (p:0,234) ve kronik hastalığa göre incelenmesinde (p:0,313) anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre katılımcıların çoğu SHM’nin hizmetlerinden ve imkanlarından memnundur. Literatüre bakıldığında benzer sonuçlar görülmüştür.^{19,33,39} Çalışmamızın yapıldığı SHM’de bakanlığın bahsettiği bütün hizmetler vardır ama bazı SHM’ler bu hizmetlerin hepsini sunamamaktadır; bu durum da kişilerin memnuniyet seviyelerini etkilemektedir. Bu konuya değinen çalışmalar bulunmaktadır.^{33,39}

Katılımcıların SHM hakkındaki görüşlerine baktığımızda; “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” önermesini katılımcıların çoğu

(%86,4) desteklemiştir. Yanıtların cinsiyete göre (p:0,193), eğitim durumlarına göre (p:0,085) ve kronik hastalığa göre (p:0,071) değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre toplumun SHM'lerin kurulma amaçlarını doğru algıladığı görülmüştür ve literatüre göre benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır.³⁹

“SHM'lerin yaygınlaştırılması gerekiyor.” önermesine de katılımcıların çoğu (%93,2) olumlu yanıt vermiştir. Katılımcılar SHM'den memnuniyetlerini bu soruda da göstermiştir ve literatürde çalışmamızı destekleyen benzer bir sonuca ulaşılmıştır.³⁹

Yanıtların eğitim durumlarına göre (p:1,000) ve kronik hastalığa göre (p:0,939) değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yanıtların cinsiyete göre değerlendirilmesinde ise anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,047). Bu anlamlı fark, SHM'lerin yaygınlaştırılmasına yönelik önermenin olumsuz yanıtlarının cinsiyete oranında (%6,8); erkeklerin (%10,5) kadınlara (%4,8) göre daha fazla olumsuz yanıt vermesinden kaynaklanmıştır. Buna göre erkekler, kadınlara göre SHM'lerin yaygınlaştırılmasını daha az istemektedir. Bu sonucun güvenilir bir veri olmadığını düşünmekteyiz, çünkü araştırmaya katılanların %19,1'i SÜDGE eğitimi için başvurduğunu söylemiştir ve bu eğitimi zorunlu olarak almaktadır. Bu kişilerin çoğu erkektir ve kuruma ya da eğitime yönelik olumsuz düşüncelerinin yanıtlarını etkilemesi mümkündür. Diğer sorularda bu etki gözlenmemiştir.

Katılımcılara WHOQOL.8 Tr yaşam kalitesi ölçeği uygulandığında toplam puanlarının ortalamasının 31,3 ($\pm 5,9$ SD) olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımızda yaşam kalitesi ölçeği olarak çoğunlukla WHOQOL-Bref kullanılmıştır, WHOQOL.8 henüz yeni sayılabilecek bir ölçek olduğu için ülkemizde çok az çalışmada kullanılmıştır.⁴⁷⁻⁵²

Çalışmamızda bu ölçek SHM'ye başvuran tüm yetişkinlere uygulanmasına rağmen literatürde kullanıldığı çalışmalarda araştırmamıza kıyasla dar bir gruba uygulanmıştır. Örneğin Çanakkale'de yapılan bir çalışmada 50 yaş üzeri nüfusa uygulanmıştır.⁴⁸

Kocaeli'de yapılan bir çalışmada 65 yaş üzerinde baş ağrısı araştırılan bir gruba uygulanmıştır.⁴⁹ Bursa'da yapılan bir çalışmada hekimlerin yaşam kalitelerine bakılmıştır.⁵¹ Ankara'da yapılan bir çalışmada kanser hastalarının yaşam kalitelerine bakılmıştır.⁵² Bu gibi çalışmalar literatürde bulunmaktadır, araştırmamıza az da olsa benzerlik gösteren çalışmalara vurgu yapılmıştır.

Toplam puanların cinsiyete göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,001). Erkeklerin toplam puanlarının 32,6, kadınların toplam puanlarının ise 30,5

olduğu saptanmıştır ve çalışmaya katılan erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise çalışmamızdan farklı sonuçlar olduğu görülüp cinsiyetler arasında yaşam kaliteleri açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.^{48,49,51} Çalışmamızın kişilerin beyanlarına bağlı öznel bilgilere dayanması ve sorulara içtenlikle cevap verilmemesi bu sonucu doğurmuş olabilir.

Katılımcıların toplam puanlarının eğitim durumlarına göre (p:0,503) ve kronik hastalıklarına göre (p:0,086) değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde kişilerin yaşam kalitelerinin eğitim durumlarına ve kronik hastalıklarına göre incelendiği bir çalışmada ölçeğin sonuçlarının çoğunlukla çalışmamıza benzer sonuçlarda olduğu görülmüştür, fakat ölçeğin iki sorusunda eğitim durumlarına göre ve üç sorusunda kronik hastalıklara göre kişilerin yaşam kalitelerinde anlamlı bir fark saptanmıştır.⁴⁸ Kanser hastalarına yapılan başka bir çalışmada ise eğitim durumlarıyla yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.⁵²

Çalışmamızda SHM'den memnuniyet oranlarıyla katılımcıların toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0,030). Memnuniyet oranlarına olumsuz yanıt verenlerin toplam puanlarının 29,6; olumlu yanıt verenlerin toplam puanlarının 31,5 olduğu görülmüştür ve memnuniyet seviyesine olumsuz yanıt verenlerin yaşam kalitelerinin olumlu yanıt verenlere göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç kişilerin yaşam kalitelerinin, aldıkları hizmetlerden memnuniyet oranlarını etkilediğini göstermiştir.

Katılımcıların SHM hakkındaki görüşleriyle toplam puanlarının incelenmesine bakıldığında; toplam puanlara göre “SHM’ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.” önermesinin (p:0,674) ve “SHM’lerin yaygınlaştırılması gerekir.” önermesinin (p:0,598) değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların toplam puanlarının “SHM olmasaydı başka bir birime başvurur muydunuz?” (p:0,144) ve “Hangi birime başvururdunuz?” (p:0,492) sorularına göre değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık hizmet sunumunda çok önemli bir yer tutmaktadır. Birinci basamağın görevleri içerisinde en önemlilerden biri koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumudur. Koruyucu sağlık hizmetleri, potansiyel sorunları gerçek sorunlara dönüşmeden tespit etmeyi ve ortadan kaldırmayı hedefleyen; hastalık, sakatlık ve ölüm risklerini azaltan; bireylerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilen hizmetlerin bütünüdür. Koruyucu sağlık hizmetleri hem birey hem toplum için çok önemli bir yere sahiptir ve sağlık hizmetleri arasında merkezi konumda bulunmaktadır. İzmit’teki SHM’nin faaliyetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine katkılarını araştırdığımız çalışmamızdan elde ettiğimiz bazı önemli bilgiler şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Katılımcıların demografik bilgileri incelendiğinde kadınların SHM’ye daha fazla başvurduğu görülmüştür. SHM’deki hizmetlerin bilinirliğinin, eğitim seviyesi yüksek kesimde eğitim seviyesi düşük kesime göre daha fazla olduğu görülmüştür. SHM’leri toplumun her kesimine tanıtmak gerektiği fark edilmiştir.
- 2- Toplumun SHM’lere yönelik farkındalığına aile hekimleri tarafından gerçekleştirilen yönlendirmelerin büyük katkı sağladığı görülmüştür. Birinci basamaktaki birimlerin uyum içinde çalışmasının koruyucu sağlık hizmetlerini daha da ileriye götüreceğini düşünmekteyiz.
- 3- SHM’de başvuru alan birimler içerisinde topluma en fazla hizmet sağlayan birimin KETEM olduğu görülmüştür. Bu durum da KETEM’deki hizmetler düşünüldüğünde, SHM’lerin koruyucu sağlık hizmetlerine olumlu katkılarını göstermektedir.
- 4- Çalışmamızda kronik hastalık görülme oranları literatüre göre farklı bulunmuştur. Bu farklılığın nedeninin tek merkezde ve az sayıda kişiyle çalışılması olduğunu düşünmekteyiz. Kronik hastalığı olanların %6,6’sının herhangi bir merkezden takipli olmadığı fark edilmiş olup sağlık hizmet sunucularının takiplerinde aksamalar olduğu görülmüştür. Takipli olanlara baktığımızda ise birinci basamağın kronik hastalık takiplerinde yetersiz kaldığı ve daha az tercih edildiği anlaşılmıştır.
- 5- SHM’lerin alternatiflerini öğrenmek için yönelttiğimiz sorularda katılımcılar tarafından SHM’nin alternatifi olarak her ne kadar ilk sırada birinci basamak denilse de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları daha fazla oranda (%60,7) düşünülmüştür.

Bu durumun eğitim durumlarıyla ilişkisinde anlamlı fark görülmüş olup kişilerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlık hizmetlerini almak için birinci basamağı daha az tercih ettikleri anlaşılmıştır.

6- SHM'den memnuniyet seviyelerine bakıldığında, katılımcıların çoğu SHM'nin hizmetlerinden ve imkanlarından memnundur. Çalışmamızın yapıldığı SHM'de bakanlığın bahsettiği bütün hizmetler vardır ama bazı SHM'ler bu hizmetlerin hepsini sunamamaktadır; bu durum da kişilerin memnuniyet seviyelerini etkileyebilir.

7- Katılımcıların SHM hakkındaki görüşleri sorgulandığında toplumun SHM'lerin kurulma amaçlarını doğru algıladığı görülmüştür; katılımcıların çoğu SHM'lerin yaygınlaştırılması düşüncesini desteklemektedir.

8- Katılımcıların yaşam kaliteleri incelendiğinde erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha iyi olduğu görülmüştür. Literatürde ise çalışmamızdan farklı sonuçlar vardır; yanıtların öznel bilgilere dayanması ve sorulara içtenlikle cevap verilmemesi bu sonucu doğurmuş olabilir. SHM'den memnuniyet oranlarıyla katılımcıların toplam puanlarının ilişkisi incelendiğinde; olumsuz yanıt verenlerin yaşam kalitelerinin olumlu yanıt verenlere göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç kişilerin yaşam kalitelerinin, aldıkları hizmetlerden memnuniyet oranlarını etkilediğini göstermiştir. Tüm bu veriler bir bütün olarak değerlendirildiğinde, SHM'lerin bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine katkıları anlaşılmış olup sağlık sistemimizin daha iyi hale getirilmesine yardımcı olabilmek ve toplumun tamamına eşit hizmet sunabilmek için daha da yaygınlaştırılmasına çalışılması, bazı SHM'lerdeki hizmetlerin artırılıp imkanlarının iyileştirilmesi ve toplumumuzun SHM'nin sağladığı hizmetler konusunda bilinçlendirilmesi literatürle ortak görüşümüz olmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları:

- Araştırma tek merkezde sınırlı sayıda kişiyle yapılmıştır.
- Araştırmadaki yanıtlar katılımcıların öznel değerlendirmeleri olup SHM'yle ilgili görüşler farklı merkezlerde değişebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Güler Ç AL. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Vol Cilt III. 3. Baskı. Hacettepe Yayınları; 2015.
2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>
3. Selçuk EB. COVID-19 Pandemisi Öncesi Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetleri. :3.
4. User S. Sağlıklı Hayat Merkezi(SHM). Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>
5. Constitution of the World Health Organization. Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:<https://www.who.int/about/governance/constitution>
6. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
7. *224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun(1961)*. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>
8. Declaration of Alma-Ata. Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
9. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>
10. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları - I. Erişim Tarihi:Kasım 14, 2022. Erişim Adresi:https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html
11. Özdemir FN. *Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Farkındalığın Kişilerin Sağlık Hizmeti Alma Tercihlerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi*. 2021.
12. Global Family Doctor - WONCA Online. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>
13. Kalra S, Kumar A. Quinary prevention: Defined and conceptualized. :2.
14. Büyükoğlu HB. *COVID-19 Pandemisinin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etkisinin Değerlendirilmesi*. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
15. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Birinci Bölüm, Amaç, Kapsam, Dayanak Ve Tanımlar. Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=33805&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

16. Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ank Med J.* 2015;15(1). doi:10.17098/amj.47853
17. Us Ö. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri.* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
18. Jones KE, Brockway CR, Atkinson RE. Survey of health promotion organisational arrangements and levels of service for health promotion. *Public Health.* 1995;109(1):31-39. doi:10.1016/S0033-3506(95)80073-5
19. Ünüvar B. SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARIN TERCİH SEBEPLERİNİN ARAŞTIRILMASI: KARAMAN ÖRNEĞİ. *ET J.* 2020;6(2):317-320.
20. User S. Beslenme Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/3-beslenme-danismanligi.html>
21. User S. Kronik Hastalıklar ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/4-kronik-hastaliklarin-yonetimi.html>
22. User S. Kadın ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/6-kadin-ve-ureme-sagligi.html>
23. User S. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/7-kanser-erken-teshis-tarama-ve-egitim-merkez-ketem-faaliyetleri.html>
24. Kanser Taramaları. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
25. User S. Ruh Sağlığı Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/55-ruh-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html>
26. User S. Çocuk ve Ergen Sağlığı Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/10-cocuk-ve-ergen-sagligi-danismanligi.html>
27. User S. Tütün ve Madde Bağımlılığı Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/52-t%C3%BCt%C3%BCn-ve-madde-ba%C4%9Fl%C4%B1ml%C4%B1%C4%B1%C4%9F%C4%B1-dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html>
28. User S. Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/12-enfeksiyon-kontrol-hizmetleri.html>
29. User S. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/15-hizmetler/13-koruyucu-agiz-ve-dis-sagligi-hizmetleri.html>

30. User S. Tıbbi Hizmetler. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/15-hizmetler/53-t%C4%B1bbi-hizmetler.html>
31. User S. İdari Hizmetler. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/15-hizmetler/54-i-%CC%87dari-hizmetler.html>
32. Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim Tarihi:Kasım 15, 2022. Erişim Adresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4804&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
33. ÖZTÜRK YE, SÖYLER S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama: Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Hizmet Sunumu, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *ET J.* 2021;7(2):403-418.
34. Bakanligi TCS. Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanligi. Erişim Tarihi:Kasım 25, 2022. Erişim Adresi:<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>
35. WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization. Erişim Tarihi:Kasım 16, 2022. Erişim Adresi:<https://www.who.int/tools/whoqol>
36. WHOQOL-BREF| The World Health Organization. Erişim Tarihi:Kasım 16, 2022. Erişim Adresi:<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>
37. Eser E, Lağarlı T, Baydur H, et al. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Türkiye Halk Sağlığı Derg.*:17.
38. Rocha NS da, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF. *Value Health.* 2012;15(3):449-457. doi:10.1016/j.jval.2011.11.035
39. Çavmak Ş. *Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlıklı Hayat Merkezlerine Dair Algılarının ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi; 2018. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/400415>
40. Ören M, Karaşahin F, Tunçel K. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ ÇALIŞMALARINA BİR ÖRNEK: SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNDE SUNULAN HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ. In: *3.International 21.National Public Health Congress.* ; 2019. Erişim Tarihi:Kasım 24, 2022. Erişim Adresi:<https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/623>
41. Kundakci YE, Gül İ, Atacan A. Bir Sağlıklı Hayat Merkezinde Verilen Fiziksel Aktivite ve Diyet Danışmanlık Hizmetlerinin İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg.* 2022;13(45):35-43. doi:10.17944/mkutfd.972720
42. Aydın E. *Sağlıklı Yaşam Merkezine Başvuran Kişilerde Duygusal İştah, Uyku Kalitesi ve Depresyon Durumunun Araştırılması*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2021.
43. Direk SE. *Elazığ İlinde Sağlıklı Hayat Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Fırat Üniversitesi; 2021.

44. Özaslan ÖT. *Çanakkale İli Sağlıklı Hayat Merkezi'ne Başvuran 18-65 Yaş Arası Kadınların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2022.
45. Fadiloğlu MA. *Şanlıurfa İli Eyyübiye Sağlıklı Hayat Merkezi'ne Başvuran Bireylerde Metabolik Sendrom Risk Etmenleri ile Beslenme Örüntüsünün Belirlenmesi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2021.
46. TÜİK Türkiye'nin Eğitim Durumu İstatistikleri. Erişim Tarihi: Kasım 26, 2022. Erişim Adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=153&locale=tr>
47. Tunç MB. *Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2018. <http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/2798>
48. Çelik M. *Çanakkale İli 50 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Durumunun ve Biyo-Psiko-Sosyal Belirleyicilerinin Araştırılması*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; 2017. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/109032>
49. Reşadiyeli G. *Kocaeli İli 65 Yaş ve Üstü Grubunda Tekrarlayan Baş Ağrısı Prevalansı ile Baş Ağrılarının Neden Olduğu Yaşam Kalitesi ve Sosyal Kayıpların Belirlenmesi*. Kocaeli Üniversitesi; 2017.
50. Çiçek EN. *Human Papilloma Virüs Pozitifliği Olan Kadınlarda Hayat Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon İlişkilerinin İncelenmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
51. Emiroğlu PŞ. *Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Çalışan Hekimlerde İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Etkileyen Etmenler*. Uludağ Üniversitesi; 2015.
52. Yılmaz MS. *Kanser Hastalarının Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (İki Hastane Örneği-Ankara)*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.

8. EKLER

EK-1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Katkısı: İzmit SHM Örneği

Değerli katılımcı;

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm ‘Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Katkısı: İzmit SHM Örneği’ isimli tez çalışmam; SHM’lerin kuruluşundan günümüze birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine etkilerine yönelik bilgi toplamayı ve sonuçları inceleyip analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Bu çalışmaya katılmak size herhangi bir risk doğurmayacak ancak mevcut durumu aydınlatmaya katkıda bulunmuş ve öz farkındalığınızı arttırmış olacaksınız. Bu form bir bölümü sizinle ilgili genel bilgiler olmak üzere toplamda 3 bölümden oluşmakta ve tamamlanması yaklaşık 3-4 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Bu araştırmayla ilgili herhangi bir soru veya geri dönüş bildirmek amacıyla aşağıda yer alan e-posta adreslerinden bize ulaşabilirsiniz.

Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur: mugealvur@gmail.com

Dr. Ahmet Canıgeniş: ahmetcanigenis@gmail.com

* Gerekli

1. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyor musunuz? *

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

2. Yaşınız *

3. Cinsiyetiniz *

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

4. Medeni Durumunuz *

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

5. Eğitim Durumunuz *

- ☐ Okuryazar Değilim
- ☐ İlkokul Mezunu
- ☐ Ortaokul Mezunu
- ☐ Lise Mezunu
- ☐ Üniversite Mezunu

6. SHM'de Verilen Hizmetlerden Nasıl Haberdar Oldunuz? *

- ☐ Aile Hekimim yönlendirdi.
- ☐ Arkadaşım, ailem, tanıdıklarım bilgilendirdi.
- ☐ TV, internet, sosyal medya aracılığıyla öğrendim.
- ☐ Tanıtım afişinde gördüm.
- ☐ Diğer: -----

7. Başvuru Nedeniniz Nedir? *

8. Hangi Birim İçin Geldiniz? *

- ☐ Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) Danışmanlığı
- ☐ Fizyoterapi, Fiziksel Aktivite Danışmanlığı
- ☐ Sigara Bıraktırma Polikliniği
- ☐ Beslenme Danışmanlığı
- ☐ Psikolojik Danışmanlık
- ☐ Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri
- ☐ Çocuk Sağlığı ve Gelişimi Danışmanlığı
- ☐ Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı
- ☐ Tıbbi Hizmetler (Enjeksiyon, Pansuman, Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri)
- ☐ Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri (TBC vs)

- Diğer: -----

9. Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Var mı? *

- Yok (Sonraki Dört Soruyu Atlayın)
- Var

10. Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Hipertansiyon
- Diyabet (Şeker Hastalığı)
- Dislipidemi (Kolesterol Yük.)
- Tiroid Hastalıkları
- Kalp Hastalıkları
- Akciğer ve Solunum Hastalıkları
- Böbrek Hastalıkları
- Karaciğer Hastalıkları
- Mide-Bağırsak Hastalıkları
- Kanser
- Obezite
- Kas, Kemik ve Eklem Hastalıkları
- Nörolojik Hastalıklar
- Psikiyatrik Hastalıklar
- Diğer: -----

11. Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Takip Ediliyor mu?

- Evet
- Hayır (Sonraki İki Soruyu Atlayın)

12. Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Nerede Takip Ediliyor?

- Aile Sağlığı Merkezleri (Bir Sonraki Soruyu Atlayın)
- Devlet Hastaneleri
- Üniversite veya Eğitim-Araştırma Hastaneleri
- Özel Hastaneler veya Özel Klinikler
- Diğer: -----

13. Kronik Hastalığınız/Hastalıklarınız Hangi Branşta Takip Ediliyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Genel Dahiliye (İç Hastalıkları)
- ☐ Gastroenteroloji
- ☐ Nefroloji
- ☐ Endokrinoloji
- ☐ Onkoloji
- ☐ Romatoloji
- ☐ Hematoloji
- ☐ Kardiyoloji
- ☐ Nöroloji
- ☐ Psikiyatri
- ☐ Göğüs Hastalıkları
- ☐ Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları
- ☐ Üroloji
- ☐ Kadın Hastalıkları ve Doğum
- ☐ Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
- ☐ Ortopedi ve Travmatoloji
- ☐ Dermatoloji (Cildiye)
- ☐ Enfeksiyon Hastalıkları
- ☐ Beyin ve Sinir Cerrahisi
- ☐ Genel Cerrahi
- ☐ Kalp ve Damar Cerrahisi
- ☐ Göğüs Cerrahisi
- ☐ Diğer: -----

14. SHM Olmasaydı Başka Bir Birime Başvurur Muydunuz? *

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (Bir sonraki Soruyu Atlayın)

15. Hangi Kuruluşa Başvururdunuz?

- ☐ Aile Sağlığı Merkezlerine (Sağlık Ocaklarına)
- ☐ Devlet Hastanelerine
- ☐ Üniversiteler veya Eğitim-Araştırma Hastanelerine
- ☐ Özel Hastaneler veya Özel Kliniklere

○ Diğer: -----

16. SHM'nin Sunduğu İmkanlardan ve Hizmetlerinden Memnun Musunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç memnun değilim	☐	☐	☐	☐	☐	Çok memnunum

17. SHM'ler Aile Hekimliğinin ve Hastanelerin Yükünü Azaltmak İçin Kurulmuştur. *

	1	2	3	4	5	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

18. SHM'lerin Yaygınlaştırılması Gerekir. *

	1	2	3	4	5	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

19. Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

20. Sağlığınızdan Ne Kadar Hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

21. Günlük Yaşamı Sürdürmek İçin Yeterli Gücünüz Kuvvetiniz Var mı? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

22. Günlük Uğraşlarınızı Yürütebilme Becerinizde Ne Kadar Hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

23. Kendinizden Ne Kadar Hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

24. Diğer Kişilerle İlişkilerinizden Ne Kadar Hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

25. Gereksinimlerinizi Karşılama İçin Yeterli Paranız Var mı? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

26. Yaşadığınız Evin Koşullarından Ne Kadar Hoşnutsunuz? *

	1	2	3	4	5	
Hiç	☐	☐	☐	☐	☐	Tamamen

**EK-2: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından Alınan
Yazılı İzin Belgesi**



**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı**



Sayı : E-80418770-020-271614
Konu : Etik kurul başvurunuz hk.

09.08.2022

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

GOKAEK-2022/13.04 GOKAEK 7 Temmuz 2022 tarihli toplantısında görüşülen, **Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR** sorumluluğunda yürütülmesi planlanan **2022/212** proje numaralı "Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Katkısı: İzmit SHM Örneği" başlıklı proje değerlendirilmiş, aşağıdaki düzeltmelerin yapılması ve/veya eksikliklerin giderilmesinin ardından yeniden değerlendirilmesine karar verilmiştir: (1) Araştırmanın yürütüleceği fakülte Dekanlıklarından idari izin alınmalıdır. (2) Linklerin ulaştırılması için E-posta adreslerinin ve telefon numaralarının nasıl bulunacağı konusunda açıklama eklenmelidir. Sorumlu araştırmacı tarafından 02.08.2022 tarih ve E-81271493-100- 269442 sayılı dilekçeyle gönderilen düzeltme metnine göre gerekli değişikliklerin yapıldığı görülmektedir. Projenin yürütülmesi uygun bulunmuştur.

KARAR: KABUL, PROJENİN YÜRÜTÜLMESİ UYGUNDUR.

Projenizin yürütülmesi uygun bulunmuştur, çoklu imza formu ekte sunulmaktadır. Araştırmaya Etik Kurul onay tarihinden sonra en geç 90 gün içinde başlamanız, (i) Başlayamadığınızda veya protokolda bildirdiğiniz hususlarda herhangi bir değişiklik yaptığınızda Değişiklik Bilgi Formu ile, (ii) Araştırmanızı onay aldığınız şekilde tamamladığınızda Sonuç Raporu ile Etik Kurul'a başvurmanız gerekmektedir.

**Prof.Dr. Nurettin
Özgür DOĞAN
Kurul Başkanı**

EK-3: İzmit İlçe Sağlık Müdürlüğünden Alınan Yazılı İzin Belgesi

T.C. KOCAELİ VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SAĞLIK TESİSİ İZİN FORMU	
ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	Ahmet CANİGENİS
Kurum / Üniversite	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fak.
Bölümü	Aile Hekimliği ABD
Telefonu	0553 298 4231
e-mail adresi	ahmetcanigenis@gmail.com
ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER	
Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı)	Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İzmit ŞAHM Örneği
Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)	☐ YL Tezi ☐ Doktora Tezi ☐ Bireysel Araştırma Projesi ☒ Uzmanlık Tezi
Araştırmanın destekleyicisi var mı?	☐ Evet ☒ Hayır
Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?	☐ Sağlık Bakanlığı ☐ TÜBİTAK ☐ Kalkınma Bakanlığı ☐ İlaç Firması ☐ Diğer (belirtiniz):
Araştırmada yer alan Danışmanlar	Adı Soyadı: Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR Çalıştığı Kurum: KOÜ Tıp Fak. Aile Hekimliği ABD Başkanı İletişim: 0533 429 6650
Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı?	☐ Evet ☒ Hayır
Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı?	☐ Evet ☒ Hayır
Araştırmanın Amaç/Kapsamı:	SAHM'lerin Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Katkısını Araştırmak
Araştırma Veri Toplama Yöntemi	Kesitsel Anket Çalışması
Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı:	Ağustos - Ekim 2022
Araştırmanın yapılacağı Sağlık Tesis/Lar:	İzmit Akgökçebey Sağlık, Hayat Merkezi
Kurumunuzda yürüteceğim çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, İl Sağlık Müdürlüğünün ve Hastanenin uygun bulmadığı verileri yayınlamayacağımı, taahhüt ederim.	
OLUR	Uygun Değil ise Gerekçesi:
...../...../2022 Hastane Yöneticisi Dr. N. AKSOY R1606/6 İzmit İlçe Sağlık Müdürlüğü	Adı Soyadı: Ahmet Canigenis TC No: 36838824068 Adres: Yenischir Mah. Gazi Mustafa Kemal Bul İMZA: No:92 Kat:2 İzmit