

T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HAKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞVURU DURUMUNA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. HANDENUR TAN DOĞRUSEVER

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025



T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HAKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞVURU DURUMUNA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. HANDENUR TAN DOĞRUSEVER

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL 2025

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen, engin tecrübesi ve akademik birikimiyle yol gösteren, bilimsel araştırma aşkı hep gözlerinden okunan, yapıcı eleştiri ve sabırlı desteğiyle yalnızca bu tez çalışmasının şekillenmesinde değil, aynı zamanda akademik bakış açımın gelişmesine de büyük katkı sağlayan değerli danışmanım Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye; Marmara'da gerçek bir aile hekimi olmanın basamaklarını çıkarken donanımlarıyla bizleri yetiştiren, öğrencileri olmaktan onur duyduğum Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünalan ,Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya, Prof. Dr. Mehmet Akman, Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal, Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban, Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin'e;

Asistanlığımı aile ortamı gibi geçirecek kadar değerli kılan çok sevgili eş kıdemlerime, beraber çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarım ve sevgili Aile Hekimliği poliklinik ve Eğitim ASM çalışanlarına;

Hayatımın her alanında olduğu gibi uzmanlık sürecimde de koşulsuz desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, tüm başarılarımın arkasında sonsuz dualarının olduğunu bildiğim, bugünlere ulaşmamda çok büyük emekleri olan biricik Anneme, Babama ve Kardeşime;

Kıymetli yol arkadaşım, maddi manevi destekleri ve sonsuz sabrıyla her zaman yolumu güzelleştiren sevgili eşim ve meslektaşım Op. Dr. Burak Doğrusever'e; mucizevi varlığıyla bana her daim güç veren, hayata umut dolu bakmama vesile olan çok kıymetli oğluma;

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Handenur Tan Doğrusever

Ağustos,2025

ÖZET

Giriş ve Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve koruyucu sağlık uygulamalarının etkin biçimde yürütülmesi açısından kritik öneme sahiptir. ASM'ler, bireylere düzenli sağlık kontrolleri, tarama programları, aşı ve danışmanlık hizmetleri sunarak erken tanı ve tedaviye katkı sağlamaktadır. Ancak bu hizmetlerden yararlanma düzeyi, bireylerin ASM'ye başvuru düzenine bağlı olarak değişmektedir. Bu çalışmanın amacı, Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kayıtlı erişkin bireylerin karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyaçlarını, Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) başvuru durumlarına göre değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırma, 01.07.2023–01.10.2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup, ASM'ye kayıtlı olan 20 yaş ve üzeri 372 erişkin bireyden oluşan örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem; son iki yılda ASM'ye bir kez başvuran ve hiç başvurmayanlar (başvurmayan grup, n=128), son iki yılda iki ve daha fazla başvurusu olanlar (başvuran grup, n=248) olarak tabakalandırılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık özgeçmiş ve soy geçmişleri, genel sağlık durumu puanı, asm başvuru sayıları, başvurmama sebepleri, periyodik sağlık muayenesi kavramını daha önce duyup duymadıkları, PSM bilgi düzeyleri ve bunun ASM'de yapıldığını bilme durumları, taramalar için nereye başvurdukları ve hangi taramaların yapıldığı, aldıkları bağışıklama ve danışmanlık hizmetleri anketler aracılığıyla değerlendirilmiş, sağlık algısı ve sağlık arama davranış ölçekleri uygulanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet ve risk gruplarına özel PSM taramalarının hiçbir merkezde yapılmamış olması karşılanmamış sağlık hizmet ihtiyacı olarak kabul edilip, elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 42,1±11,3 olup %61,3'ü kadındır. Erkeklerin ASM'ye başvuru durumu kadınlara göre istatiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Düzenli başvuranların %43,5'ine tansiyon ölçümü yapılırken, düzensiz başvuranlarda bu oran %8.9'a düşmüştür ($p<0,001$). Benzer şekilde, düzenli başvuran kadınların %62,4'ü smear testi yaptırmışken, düzensiz başvuranlarda bu oran %28,7'de

kalmıştır (p<0,001). Mamografi açısından ise düzenli başvuran kadınlarda mamografi çekim oranı %41,7 iken, düzensiz başvuranlarda %15,2 bulunmuştur (p<0,001). Lojistik regresyon analizine göre; kadın olmak, ileri yaş, ASM'de periyodik muayene yapıldığını bilmek ve düzenli ASM başvurusu yapmak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı artıran bağımsız faktörlerdir. Ayrıca sağlık algısı yüksek olan ve profesyonel sağlık arama davranışı sergileyen bireyler ASM'ye daha sık başvurmuş ve hizmetlerden daha fazla yararlanmıştır. Bununla birlikte, düzenli başvurulara rağmen bazı bireylerde hâlâ karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyaçlarının bulunduğu görülmüştür.

Sonuç: ASM'ye düzenli başvuru, karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacını azaltmakta, tarama ve aşı gibi koruyucu hizmetlerden yararlanmayı artırmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini güçlendirmektedir. Çalışma, bireylerin ASM hizmetleri hakkında bilgilendirilmesinin ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Elde edilen bulgular, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını teşvik edecek politika ve stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, karşılanmamış sağlık hizmeti, periyodik sağlık muayenesi, sağlık algısı, sağlık arama davranışı.

İNGİLİZCE ÖZET(ABSTRACT)

Introduction and Aim: Primary healthcare services are of critical importance for the protection and promotion of public health, as well as for the effective implementation of preventive health practices. Family Health Centers (FHCs) contribute to early diagnosis and treatment by providing individuals with regular health check-ups, screening programs, immunization, and counseling services. However, the level of utilization of these services varies depending on individuals' frequency of visits to FHCs. The aim of this study was to evaluate the unmet healthcare needs of adult individuals registered at Marmara University Tuzla Training Family Health Center (TFHC) according to their FHC utilization status.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted between 01.07.2023 and 01.10.2023 with a sample of 372 adults aged 20 years and over, registered at the FHC. The sample was stratified into two groups: those with no visits or only one visit in the past two years (non-regular visitors, n=128) and those with two or more visits (regular visitors, n=248). Sociodemographic characteristics, medical and family history, general health perception score, frequency of FHC visits, reasons for non-attendance, prior knowledge of the concept of periodic health examination (PHE), knowledge about PHE and awareness that it is performed in FHCs, places of application for screenings, types of screenings received, immunization and counseling services, as well as health perception and health-seeking behavior scales were assessed through questionnaires. Lack of age-, sex-, or risk group-specific PHE screenings in any center was accepted as an unmet healthcare need. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 20.0.

Results: The mean age of participants was 42.1±11.3 years, and 61.3% were women. Men's FHC utilization was significantly lower than women's ($p<0.001$). Among regular visitors, 43.5% had their blood pressure measured, compared with 8.9% of non-regular visitors ($p<0.001$). Similarly, 62.4% of regularly attending women underwent a Pap smear, while this rate was 28.7% among non-regular visitors ($p<0.001$). For mammography, the rate was 41.7% in regular attendees and 15.2% in non-regular attendees ($p<0.001$). Logistic regression analysis showed that being female, older age, awareness that PHE is performed at FHCs, and regular FHC attendance were independent factors associated with

higher utilization of healthcare services. In addition, individuals with higher health perception and professional health-seeking behavior visited FHCs more frequently and benefited more from the services. Nevertheless, some unmet healthcare needs persisted even among regular visitors.

Conclusion: Regular attendance at FHCs reduces unmet healthcare needs, increases utilization of preventive services such as screenings and vaccinations, and strengthens the effectiveness of primary healthcare. The study highlights the importance of informing individuals about FHC services and improving health literacy. The findings may contribute to the development of policies and strategies that encourage the use of primary healthcare services.

Keywords: Family health center, unmet healthcare needs, periodic health examination, health perception, health-seeking behavior

İÇİNDEKİLER

İçindekiler

ÖNSÖZ i
ÖZET ii
İNGİLİZCE ÖZET(ABSTRACT) iv
İÇİNDEKİLER vi
KISALTMALAR ix
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
TABLOLAR LİSTESİ xii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 Sağlık Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Önemi 4
2.1.1 Sağlık sistemi ve temel bileşenleri 4
2.1.2 Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımı ve işlevleri 4
2.1.3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin halk sağlığına katkısı 5
2.2 Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi 5
2.2.1. Alma-Ata ve Astana Bildirgeleri bağlamında temel sağlık hizmetleri 5
2.2.2. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve aile hekimliği modeline geçiş 6
2.2.3. Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) işleyişi ve hizmet sunumu 6
2.2.4. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) kavramı ve özellikleri 6
2.3. Aile Hekimliği Felsefesi ve ASM'lerde Hizmet Sunumu 6
2.3.1. Aile hekimliği yaklaşımının temel ilkeleri 6
2.3.2. Birey merkezli, kapsamlı ve sürekli bakım 7
2.3.3. ASM'lerde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sunumu 7
2.3.4. Her sağlık karşılaşmasının fırsat olarak değerlendirilmesi 7
2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve ASM'lerdeki Rolü 8
2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tanımı ve kapsamı 8
2.4.2. Aile Hekimliğinde Periyodik Sağlık Muayeneleri, Taramalar ve Aşılar 8
2.4.3. Danışmanlık hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı 13
2.5. Sağlık Hizmetine Erişim ve Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı 15
2.5.1. Sağlık hizmetine erişim kavramı ve bileşenleri 15

2.5.2. Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı kavramı ve önemi....16
2.5.3. Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacını etkileyen bireysel, sosyoekonomik ve sistemsel faktörler....16
2.5.4. Türkiye ve dünyada karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı: veriler ve karşılaştırmalar16
2.6. ASM'ye Başvuru Davranışları ve Etkileyen Faktörler....17
2.6.1. Bireylerin ASM'ye başvuru nedenleri ve başvurmama nedenleri....17
2.6.2. Başvuru davranışını etkileyen bireysel, sosyal ve yapısal etkenler....17
2.6.3. ASM'ye başvuru davranışı ile karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki ilişki.18
3. GEREÇ VE YÖNTEM....19
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı....19
3.2. Araştırmanın Evreni....19
3.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü....19
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri....20
3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri....20
3.6. Verilerin Toplanması....20
3.7. Veri Toplama Araçları....20
3.7.1 Kullanılan Ölçeklerin Puanlanması....21
3.8. Verilerin Analizi....22
3.9. Araştırma Etik Kurul Başvurusu ve Gerekli İzinler....22
4. BULGULAR....24
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri....24
4.2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri....26
4.3. ASM'ye Başvurmayan Katılımcıların Başvurmama Nedenleri ve Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM) Bilgi Düzeyleri....27
4.3.1. Başvuru Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi....28
4.4. ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Dış Merkez Tercihleri Karşılaştırması....30
4.5. ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Taramalara Katılım....30
4.6. Sağlık Algısı Ölçeği: Tanımlayıcı Bulgular ve Alt Boyut Dağılımı....31
4.6.1. Başvuru Durumuna Göre Sağlık Algısı Toplam Puan ve Alt Boyutların Karşılaştırması32
4.7. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği: Tanımlayıcı Bulgular....34
4.7.1. Başvuru Durumuna Göre Sağlık Arama Davranışı Toplam Puan ve Alt Boyutların Karşılaştırması....35
4.8. ASM Başvuru Durumuna Göre Karşılanmamış Periyodik Sağlık Muayenesi İhtiyaçları....36
4.8.1. Tansiyon Ölçümü....37
4.8.2. Smear ile Tarama....40
4.8.3. Mamografi Taraması....43
4.8.4. Gaitada Gizli Kan Testi ile Tarama....45

4.8.5. Labaratuvar tetkikleri kullanımı 49
4.9. Katılımcıların Bağışıklama Hizmetlerine Katılımının Değerlendirilmesi 52
4.9.1 Bağışıklama Hizmetleri ile İlişkili Faktörler 54
4.10. Katılımcıların Danışmanlık Hizmeti Alma Durumunun Değerlendirilmesi 56
4.10.1 Danışmanlık hizmeti ile ilişkili faktörler 57
5. TARTIŞMA 59
5.1. Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı (KSHİ) ve Literatürle Karşılaştırma 59
5.2. Başvuru Durumu ve Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı (KSHİ) 61
5.2.1. Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuru ile KSHİ İlişkisi 61
5.2.2. ASM'ye Düzenli Başvuru ile KSHİ İlişkisi 62
5.2.3. Başvuru Davranışı ve Hizmetlerden Yararlanma 63
5.2.4. Başvuranların Avantajları ve Başvurmayanların Sebepleri 63
5.3. Sosyodemografik Özellikler ve Cinsiyet Farkı 65
5.4. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar 66
5.5. Bağışıklama Hizmetleri 67
5.6. Danışmanlık Hizmetleri 68
5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları 68
6. SONUÇ 70
7. KAYNAKÇA 71

KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BBSH : Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

BCG : Bacillus Calmette–Guérin aşısı

BKİ : Beden Kitle İndeksi

COVID-19 : Koronavirüs Hastalığı 2019

CSTF :Kanada Önleyici Hizmetler Görev Grubu (Canadian Task Force)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DTP : Difteri–Tetanos–Boğmaca aşısı

e-Nabız :Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

EKG :Elektrokardiyografi

GGK : Gaitada Gizli Kan

Hib : Haemophilus influenzae tip b aşısı

HPV : Human Papillomavirus

HSGM : Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

IPV : İnaktive Polio Virüsü aşısı

KETEM :Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KH : Kronik Hastalık

KKK : Kızamık–Kızamıkçık–Kabakulak aşısı

KPA : Konjuge Pnömokok Aşısı

KSHİ : Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı

LBYS : Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi

MHRS : Merkezi Hekim Randevu Sistemi

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development

SADÖ : Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

SAÖ : Sağlık Algısı Ölçeği

Td : Erişkin Tetanos–Difteri aşısı

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

USPSTF : U.S. Preventive Services Task Force

WHO : World Health Organization

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: ASM'ye Başvurmayanların PSM Bilgi Durumu (n=124) 28
Şekil 2: ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Dış Merkez Polikliniklerine Tarama İçin Başvuru Dağılımı 30
Şekil 3: Sağlık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları (n=372) 32
Şekil 4: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Dağılımı (n=372) 34
Şekil 5: Başvuru Durumuna Göre Smear Taraması Katılımı 40
Şekil 6: ASM başvuru durumuna göre GGK tarama durumunun değerlendirilmesi 46
Şekil 7: ASM ve Dış Merkezde Yapılan Aşılar (n=372) 52

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 25
Tablo 2: Katılımcıların sağlık durumu ile ilişkili veriler 26
Tablo 3: ASM'ye Başvurmayan Katılımcıların Gerekçeleri(n=124) 27
Tablo 4: Başvuru Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi..... 29
Tablo 5: Başvuru durumuna göre taramaya katılım durumlarının değerlendirilmesi ... 31
Tablo 6: Sağlık Algısı Toplam Puanının ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Karşılaştırılması 33
Tablo 7: Sağlık Arama Davranışı Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Başvuru Durumuna Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney U Testi) 36
Tablo 8: ASM'ye başvuru durumuna göre tansiyon ölçümü değerlendirilmesi..... 37
Tablo 9: Tansiyon ölçümü yaptırma durumunu etkileyen faktörler: Lojistik regresyon analizi sonuçları 39
Tablo 10: 30 yaş ve üzeri kadınlarda smear testi yaptırma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları 42
Tablo 11: ASM başvuru durumuna göre mamografi taramasının değerlendirilmesi 43
Tablo 12: Mamografi yaptırma durumu ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları 45
Tablo 13: 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde GGK Taraması Yaptırma Durumunu Etkileyen Faktörler 48
Tablo 14: ASM başvurusuna göre laboratuvar tetkiklerinin kullanımının değerlendirilmesi 49
Tablo 15: Laboratuvar Taraması Yaptırma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi 51
Tablo 16: Aşı uygulanan merkezler 53
Tablo 17: Bağışıklama Hizmeti Kapsamında Yapılan Aşılar 53
Tablo 18: Bağışıklama Hizmetleri ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi. 55
Tablo 19: Danışmanlık Hizmeti Alma Durumunun Karşılaştırılması 56
Tablo 20: Danışmanlık Hizmeti ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi 58

1. GİRİŞ

Sağlık sistemlerinin etkinliği, toplumun tüm bireylerine zamanında, erişilebilir, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunabilmesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), hem birey hem toplum düzeyinde sağlık düzeyinin korunmasında ve geliştirilmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2008 Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemlerinin, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığını vurgulamış ve bu sorunun çözümünün güçlü bir birinci basamak yapılanmasından geçtiğini belirtmiştir [1]. DSÖ'ye göre birinci basamak sağlık hizmetleri; birey merkezli, sürekli, kapsamlı ve koordineli hizmet sunumunu temel alan, toplum ihtiyaçlarına duyarlı sağlık sistemlerinin yapı taşıdır [2].

Birinci basamak sağlık sisteminin güçlü olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim daha eşitlikçi, maliyet etkin ve kaliteli şekilde sağlanabilmekte, aynı zamanda ikincil ve üçüncül basamaklara olan başvuru yükü azaltılmaktadır [3]. Bu sayede, sağlık sistemleri yalnızca hastalıkları tedavi eden değil, aynı zamanda hastalıkları önleyen, bireylerin yaşam kalitesini artıran ve uzun vadede sağlık harcamalarını azaltan bir yapıya dönüşebilmektedir. Türkiye'de, 2010 yılında tüm ülkede uygulamaya konulan aile hekimliği sistemi ile birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi hedeflenmiş ve bireylerin Aile Sağlığı Merkezi (ASM) üzerinden kayıtlı hekimlerine doğrudan başvurarak sağlık hizmeti alması amaçlanmıştır. Aile hekimi, bireye yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeksizin hem koruyucu hem tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan; hastasının tüm sağlık sorunlarını bir arada değerlendirip yöneten, aynı zamanda sağlık okuryazarlığını artırmaya katkıda bulunan birinci temas noktasıdır [4].

Ancak birinci basamağın bu fonksiyonunu yerine getirmesi, yalnızca sistem düzeyindeki yapılanmalarla değil, bireylerin bu hizmetlere başvuru davranışları ve hizmete

erişimde karşılaştıkları bireysel ve yapısal engellerle de doğrudan ilişkilidir. Özellikle erişim kavramı, yalnızca fiziksel uzaklık veya mekânsal olanaklarla sınırlı kalmamakta; bireyin hizmeti algılayışı, ihtiyaç tanımlayışı ve başvuru kararı ile de şekillenmektedir. Bu noktada, sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirmenin en önemli yollarından biri olarak "karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı (Unmet Health Needs- UHN)" kavramı öne çıkmaktadır.[5] Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı, bireyin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu hâlde çeşitli nedenlerle bu hizmeti alamaması durumunu ifade eder [6].

Türkiye'de, 2021 yılı verilerine göre, hekime başvuruların %36'sı birinci basamak sağlık kurumlarına yapılmış olup, kişi başı başvuru sayısı 2.9'dur. Oysa ikinci ve üçüncül basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı kişi başı 5'tir [7]. Bu oran, birinci basamağa olan başvuruların sağlık sisteminde istenen seviyeye ulaşmadığını, hizmete erişimde veya kullanımda birtakım engellerin bulunduğunu göstermektedir. Oysaki Alma-Ata Bildirgesi'nde de belirtildiği gibi, sağlık sorunlarının %85-90'ı birinci basamak düzeyinde çözülebilir niteliktedir[8] . Dolayısıyla birinci basamağa yönelimin artırılması, yalnızca sistemsel etkinlik açısından değil, toplum sağlığının güçlendirilmesi açısından da kritik önemdedir.

Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli yapı taşlarından biri periyodik sağlık muayeneleridir (PSM). Bu muayeneler, asemptomatik bireylerde sağlık risklerinin belirlenmesi ve hastalıkların erken tanı ile yönetilmesi açısından büyük önem taşır [9]. PSM ile hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite, kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi yaygın halk sağlığı sorunlarının erken tanısı mümkün olabilmektedir [10]. Buna rağmen, birçok birey bu hizmetleri ya hiç kullanmamakta ya da geç kullanmaktadır. Bu durum, çeşitli bireysel, sosyoekonomik ve yapısal faktörlerin etkisiyle şekillenen "sağlık arama davranışı" kavramıyla ilişkilidir [11].

Andersen'in Davranışsal Model'ine göre, bireyin sağlık hizmeti kullanımını; ön eğilim faktörleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi vb.), sağlığı algılama biçimi, hizmete ulaşma kolaylığı (örneğin randevu sistemleri, ulaşım sorunları), sağlık okuryazarlığı ve hizmetin algılanan niteliği gibi birçok faktör etkilemektedir [12]. Ayrıca, yapılan çalışmalarda kişilerin korku, hastalık inkârı, geçmişteki olumsuz deneyimler ve sistemsel güven eksikliği gibi psikososyal nedenlerle de hizmete başvurmadıkları ortaya konmuştur[13], [14] . Bunun yanı sıra, bireylerin çevresel faktörlere ve sosyal destek sistemlerine erişimi, sağlık arama davranışını doğrudan etkileyebilmektedir.

Özellikle sosyal ihtiyaçları karşılanmamış bireylerin (gelir yetersizliği, barınma sorunu, ulaşım güçlüğü gibi) sağlık randevularına katılımının daha düşük olduğu gösterilmiştir [15]. Bu bireylerin sağlık hizmetine erişiminde ciddi eşitsizlikler söz konusu olup, bu durum hem bireysel hem sistem düzeyinde sağlık çıktılarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Örneğin bir çalışmada, sosyal ihtiyacı olan bireylerin sağlık randevularına katılmama oranının %36'ya kadar çıktığı rapor edilmiştir [15]. Bu veriler, birinci basamak hizmetlerde karşılanmamış ihtiyaçların yalnızca sağlık sisteminin performansını değil, aynı zamanda halk sağlığına ilişkin eşitsizlikleri de artırabileceğini göstermektedir.

Literatürde, sağlık hizmetlerine erişim ve karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çok sayıda uluslararası çalışma olmasına rağmen, Türkiye özelinde özellikle kayıtlı bireylerin ASM'ye başvuru davranışı ile karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının ilişkisini ele alan araştırmalar oldukça sınırlıdır[16], [17] . Bu bağlamda, bu çalışmada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (EASM) kayıtlı erişkin bireylerin, ASM'ye başvuru durumuna göre karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve başvuru durumunu etkileyen sebeplerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarının hem sağlık hizmetine erişim alanındaki boşluğu doldurması hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine katkı sağlayabilecek politika önerilerine zemin oluşturması açısından önemli olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Önemi

2.1.1 Sağlık sistemi ve temel bileşenleri

Sağlık sistemi, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış, sağlık hizmetleri sunan tüm organizasyon, kurum, kaynak ve insanların bütünüdür [18]. Temel bileşenleri arasında sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, finansman, yönetim ve politika yer alır [19]. Sağlık sisteminin etkinliği, toplumun tüm bireylerine zamanında, kaliteli, erişilebilir ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunabilme kapasitesiyle doğrudan ilişkilidir [3]. Etkin bir sağlık sistemi, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını mümkün kılar. Bu nedenle sağlık sistemlerinin bileşenlerinin uyum içinde çalışması ve güçlü olması hem bireysel hem de toplumsal sağlık düzeyinin artırılmasında kritik öneme sahiptir [4].

2.1.2 Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımı ve işlevleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), bireylerin sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılamak üzere toplumda en yakın ve en erişilebilir noktada sunulan, sürekli, kapsamlı ve koordineli hizmetlerdir [20]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), BBSH'yi birey ve toplum merkezli, bütüncül, sürdürülebilir ve eşitlikçi bir hizmet modeli olarak tanımlamaktadır [20]. BBSH'nin temel işlevleri; koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, hastalıkları erken teşhis etmek, tedavi ve rehabilitasyon sağlamak, sağlık eğitimi vermek ve sağlık sisteminin diğer seviyeleri ile koordinasyonu sağlamaktır [21]. Bu düzeyde hizmet sunumu, hastalık yükünün

azaltılmasında, sağlık kaynaklarının etkin kullanımında ve sağlık eşitsizliklerinin giderilmesinde kritik bir rol oynar [7] .

2.1.3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin halk sağlığına katkısı

Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel bir rol üstlenir. Sağlık sisteminin en ön cephesi olan BBSH, bireylerin sağlık sorunlarının erken tanısını sağlayarak, hastalıkların yayılmasını önler ve toplum genelinde sağlık düzeyini yükseltir [22]. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kronik hastalıkların yönetimi ve sağlık eğitiminde önemli işlevler üstlenir. Aşı kampanyaları, bebek-çocuk izlemleri, gebelik takibi gibi koruyucu hizmetler, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engelleyerek toplum sağlığını korur [9]. BBSH ayrıca dezavantajlı grupların sağlık hizmetine erişimini artırarak sağlık eşitsizliklerini azaltır [10].

2.2 Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

2.2.1. Alma-Ata ve Astana Bildirgeleri bağlamında temel sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı, uluslararası düzeyde ilk kez 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Alma-Ata Bildirgesi ile çerçevelendirilmiştir[8] . Bu bildirge, sağlığın temel bir insan hakkı olduğunu vurgulayarak, herkes için erişilebilir temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını hedeflemiştir [8]. 2018 yılında kabul edilen Astana Bildirgesi ise, Alma-Ata'nın hedeflerinin sürdürülebilir kalkınma ve evrensel sağlık kapsayıcılığı bağlamında önemini yeniden teyit etmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini öncelikli hale getirmiştir [2].

2.2.2. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve aile hekimliği modeline geçiş

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin dönüşümü, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hız kazanmıştır [23]. SDP'nin temel hedeflerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek vatandaş odaklı, erişilebilir ve kaliteli hizmet sunmaktır [23]. Bu kapsamda 2005 yılından itibaren Aile Hekimliği Sistemi pilot olarak başlatılmış ve 2010 yılında ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır [4]. Aile hekimliği modeli, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini, koordinasyonunu ve etkinliğini artırmış; sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler sağlanmıştır [24].

2.2.3. Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) işleyişi ve hizmet sunumu

Aile Sağlığı Merkezleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu temel kurumlardır. Her ASM'de en az bir aile hekimi, aile sağlığı çalışanı ve destek personeli görev yapmaktadır [25]. ASM'ler, bağışıklama programları, periyodik sağlık muayeneleri, çocuk ve gebe izlemleri, kronik hastalık yönetimi, kanser taramaları, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri sunmaktadır [26]. Elektronik sağlık kayıt sistemleri sayesinde hasta takibi ve hizmetlerin sürekliliği sağlanmaktadır [27].

2.2.4. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) kavramı ve özellikleri

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (EASM), hem birinci basamak sağlık hizmeti sunan hem de aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilen merkezlerdir. Tıp fakültelerine bağlı olan bu merkezlerde, uzmanlık öğrencileri uygulamalı eğitim alırken, halka kapsamlı hizmet sunulmaktadır [28]. EASM'ler, hizmet kalitesinin artırılması, akademik standartların uygulanması ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi açısından önem taşımaktadır [29].

2.3. Aile Hekimliği Felsefesi ve ASM'lerde Hizmet Sunumu

2.3.1. Aile hekimliği yaklaşımının temel ilkeleri

Aile hekimliği, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını yaşam boyu, bütüncül ve sürekli bir yaklaşımla karşılayan bir sağlık hizmetidir [1], [2]. Bu yaklaşımda temel ilkeler; birey merkezlilik, kapsamlı bakım, süreklilik, koordinasyon, toplum odaklılık ve etik

sorumluluktur[3], [30] . Aile hekimliği, sadece hastalıkların tedavisiyle sınırlı kalmayıp, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi ve danışmanlığı da kapsamaktadır [31]. WONCA Avrupa'nın geliştirdiği WONCA Ağacı modeli, bu disiplinin köklerinde etik ve tıbbi bilimleri, gövdesinde bütüncül bakım anlayışını ve dallarında birey, aile ve toplum bakımını sembolize eder[25], [26] .

2.3.2. Birey merkezli, kapsamlı ve sürekli bakım

Aile hekimliği modelinde birey merkezlilik, kişinin sağlık hizmetlerinden beklentileri, değerleri ve kültürel özellikleri gözetilerek hizmet sunulması anlamına gelir [27]. Kapsamlı bakım, bireyin akut, kronik, önleyici ve rehabilite edici sağlık gereksinimlerinin tek bir noktadan karşılanmasıdır [28]. Süreklilik ise, bireyin yaşamı boyunca aynı sağlık çalışanları tarafından izlenip bakımının sürdürülmesini sağlar [30]. Bu üç temel ilke, aile hekiminin etkinliğini artırmakta ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir [31].

2.3.3. ASM'lerde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sunumu

Aile Sağlığı Merkezleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu temel yapılar olarak, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri entegre biçimde sunar [31]. Koruyucu hizmetler; aşı uygulamaları, gebe-çocuk izlemleri, kanser taramaları ve sağlık danışmanlığını içerirken[32] , tedavi edici hizmetler; akut ve kronik hastalıkların yönetimini kapsar [33]. Rehabilite edici hizmetler ise; hastaların fonksiyonlarını iyileştirmeye ve sosyal yaşama uyum sağlamalarına yönelik destekleri içerir [34]. ASM'lerde bu hizmetlerin eş zamanlı ve koordineli sunulması, sağlık hizmetlerinde bütünlüğü ve kaliteyi artırır [35].

2.3.4. Her sağlık karşılaşmasının fırsat olarak değerlendirilmesi

Aile hekimliği yaklaşımında, her hasta karşılaşması potansiyel bir sağlık kazanımı fırsatı olarak değerlendirilmektedir [30]. Bu anlayış, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran bireylerin oranının nispeten düşük olması ve birçok risk faktörünün uzun süre asemptomatik seyredebilmesi nedeniyle ayrı bir önem taşır [31]. Her görüşmede; kan basıncı ölçümü, sigara kullanımı öyküsünün sorgulanması, beden kitle indeksinin izlenmesi, bağışıklama durumunun değerlendirilmesi gibi temel koruyucu sağlık hizmetleri uygulanır [32]. Böylelikle, hastalıkların erken evrede tespiti ve zamanında müdahale imkânı sağlanarak

hem bireysel hem de toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunulur ve sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılır [33].

2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve ASM'lerdeki Rolü

2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tanımı ve kapsamı

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığını korumayı, hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeyi, erken tanı ve müdahaleyi sağlamayı hedefleyen hizmetlerdir [16], [18]. Bu hizmetler arasında bağışıklama, sağlık eğitimi, çevresel sağlık önlemleri, periyodik sağlık muayeneleri, tarama programları, bağımlılık danışmanlığı ve anne-çocuk sağlığı hizmetleri yer alır [18], [33]. Aile hekimliği yaklaşımı, bu hizmetlerin birey merkezli, sürekli ve toplum odaklı şekilde sunulmasına olanak tanır [21].

2.4.2. Aile Hekimliğinde Periyodik Sağlık Muayeneleri, Taramalar ve Aşılar

Aile hekimliği uygulaması, birey merkezli koruyucu sağlık hizmetlerinin birincil düzeyde sunulmasını hedefleyen temel birinci basamak sağlık hizmetidir. Bu hizmet modeli kapsamında periyodik sağlık muayeneleri (PSM), yaşa ve cinsiyete özgü taramalar ile bağışıklama uygulamaları bütüncül bir yaklaşımla sunulmaktadır. Bu uygulamalar hem bireyin sağlık düzeyinin korunması hem de toplumda önlenebilir hastalıkların erken dönemde tespit edilerek kontrol altına alınması açısından kritik rol oynamaktadır.

2.4.2.1. Periyodik Sağlık Muayeneleri (PSM) ve Tarama Programları

Periyodik sağlık muayenesi (PSM), bireylerin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve sağlık riskleri doğrultusunda belirli aralıklarla yapılan, hastalıkların erken dönemde tespitini ve önlenmesini amaçlayan koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenidir [1].

Dünyada tarihçe:

PSM'nin kökeni 19. yüzyılın sonlarına uzanmaktadır. Sanayileşme ile birlikte artan işçi sağlığı sorunları, düzenli sağlık kontrollerinin önemini ortaya koymuştur. 20. yüzyılın

başlarında ABD ve Kanada'da "annual check-up" kavramı yaygınlaşmış, bu muayeneler çoğunlukla rutin fizik muayene ve laboratuvar testlerini içermiştir [2]. Ancak 1970'li yıllarda kanıta dayalı tıp yaklaşımının gelişmesiyle, her bireye her yıl aynı testlerin yapılmasının etkinliği sorgulanmış, taramaların kanıt düzeyine göre seçilmesi gerektiği vurgulanmıştır [3]. Bu kapsamda 1979'da Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine göre hedefe yönelik taramaları içeren rehberini yayımlamış, bu yaklaşım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da benimsenmiştir [4].

Türkiye'deki gelişim:

Türkiye'de PSM hizmetlerinin temeli, 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* ile atılmıştır [36]. Bu yasa ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birinci basamakta ve nüfus tabanlı olarak sunulması yasal bir zorunluluk haline gelmiştir. 1978 yılında imzalanan Alma-Ata Bildirgesi, temel sağlık hizmetleri içinde periyodik muayenelerinin yer alması gerektiğini vurgulamış ve Türkiye'de sağlık politikalarının şekillenmesinde etkili olmuştur [8].

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte aile hekimliği modeline geçilmiş, PSM hizmetleri Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) aracılığıyla sunulmaya başlanmıştır [23]. Bu hizmetler, bireylerin yaş ve risk durumuna göre tarama, bağışıklama, danışmanlık ve izlem faaliyetlerini kapsamaktadır. 2015 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu *Periyodik Sağlık Muayenesi Rehberi* yayımlanmış ve uygulanacak taramalar kanıta dayalı olarak standartlaştırılmıştır [37].

Günümüzde PSM, Türkiye'de aile hekimliği uygulamasının ayrılmaz bir parçası olup Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden kayıt ve takibi yapılmaktadır [38]. Bu sayede tarama ve izlem hizmetlerinin izlenebilirliği artmış, nüfus temelli koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliği güçlenmiştir [38].

Başlıca muayene ve değerlendirmeler şunlardır:

- **Vücut Kitle İndeksi (VKİ), bel çevresi ölçümü**: Tüm erişkin bireylerde yılda bir defa önerilir.

- **Kan basıncı ölçümü**: 18 yaş ve üzeri bireylerde yılda en az bir kez önerilmektedir.

- **Kan şekeri ve lipid profili ölçümü**: Risk grubunda olmayan erişkinlerde 40 yaşından itibaren 3 yılda bir; risk grubundakilerde daha erken ve sık yapılmalıdır.

- **Görme ve işitme değerlendirmeleri**: Çocuklarda belirli yaşlarda ve yaşlı bireylerde gerektiğinde önerilir.

- **Yaşlı bireylerde düşme riski, bilişsel işlevler ve depresyon taramaları**: 65 yaş ve üzeri bireylerde uygulanmaktadır.

Bu muayeneler sayesinde, hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite gibi kronik hastalıkların öncü bulguları erkenden saptanabilir; bu da uzun vadede komplikasyonların ve sağlık harcamalarının azaltılmasına katkı sağlar.

Aile sağlığı merkezlerinde yürütülen tarama programları, bireylerin yaş, cinsiyet ve risk profiline göre belirlenmiş bilimsel kanıtlara dayalı aralıklarla gerçekleştirilir. Ulusal kanser tarama programları başta olmak üzere, birçok tarama uygulaması ücretsiz ve proaktif biçimde sunulmaktadır.

Başlıca tarama programları şunlardır:

- **Serviks Kanseri Taraması**: 30–65 yaş arası kadınlara 5 yılda bir HPV DNA testi ve/veya smear testi önerilir.

- **Meme Kanseri Taraması**: 40–69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi ile tarama yapılır.

- **Kolorektal Kanser Taraması**: 50–70 yaş arası kadın ve erkeklerde 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi yapılır.

- **Gebe Tarama Programı**: Gebelik sürecinde kan grubu tayini, hemoglobin düzeyi, HIV, Hepatit B, Gestasyonel Diyabet gibi testler yapılır.

- **Çocukluk Çağı Taramaları**: Yenidoğan işitme taraması, topuk kanı ile metabolik hastalık taramaları ve gelişimsel değerlendirmeler uygulanmaktadır.

- **Yaşlılık Taramaları**: Düşme riski, bilişsel fonksiyon değerlendirmesi, osteoporoz riski taramaları gibi yaşa özel programlar yürütülür.

Bu taramalar, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile koordineli şekilde yürütülmektedir.

2.4.2.2. Kanıt Düzeyleri ve Rehberlerle Uyum

Tarama programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde kanıta dayalı tıp (evidence-based medicine) ilkeleri esas alınmaktadır. Bu bağlamda, önerilen her tarama programının uygulanabilirliği, maliyet etkinliği ve sağlık çıktıları üzerindeki etkisi bilimsel çalışmalarla desteklenmektedir.

Uluslararası düzeyde, ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) [39], Kanada Önleyici Hizmetler Görev Grubu (CSTF) [40] ve Avrupa ülkelerinde NICE [41] veya WHO gibi kuruluşlar tarafından yayımlanan rehberler, tarama hizmetlerinin kanıt düzeylerini sınıflandırmaktadır.

Örneğin:

- **Grade A öneri:** Güçlü kanıtlarla yararı gösterilmiş, uygulanması önerilen taramalar (örn. serviks kanseri taraması)

- **Grade B öneri:** Orta düzeyde kanıtlarla yararı olan ve genellikle önerilen taramalar (örn. meme kanseri taraması)

- **Grade C veya D öneri:** Etkinliği net olmayan veya zararı yararından fazla olabilecek taramalar (örn. asemptomatik bireylerde prostat kanseri PSA taraması, bazı yaş gruplarında tartışmalıdır)

Türkiye’de PSM uygulamaları, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı *Aile Hekimliği Periyodik Sağlık Muayenesi Kılavuzu* [37] doğrultusunda yürütülmekte olup, USPSTF [39] ve WHO rehberleri ile genel uyumluluk göstermektedir. Ancak uygulama sıklığı, kaynak dağılımı ve toplumun taramalara katılım oranı bakımından ülkeler arasında farklar görülebilmektedir.

2.4.2.3. Ülkeler Arası Uygulama Farklılıkları

Farklı ülkelerde periyodik sağlık muayeneleri ve tarama programlarının içeriği, kapsamı ve uygulama sıklığı arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar genellikle aşağıdaki faktörlerden kaynaklanmaktadır:

- **Sağlık sisteminin yapısı ve finansmanı:** Sosyal sigorta temelli sistemlerde (ör. Almanya, Fransa), taramalar daha entegre yürütülürken; piyasa temelli sistemlerde (ör. ABD), bireysel sigorta kapsamı belirleyici olmaktadır.

- **Ulusal hastalık yükü ve öncelikler:** Bazı ülkelerde kanser taramaları öne çıkarken, bazıları metabolik hastalıkların erken tanısını önceliklendirebilir.

- **Sağlık okuryazarlığı ve katılım oranı:** Avrupa ülkelerinde PSM'ye katılım %60–80 arasında değişirken, Türkiye'de bazı taramalarda katılım oranı hâlâ %30–40 düzeyindedir [42].

- **Tarama programlarının zorunluluğu ve izlenebilirliği:** İskandinav ülkeleri gibi bazı sağlık sistemlerinde PSM katılımı merkezi olarak izlenmekte, davet ve hatırlatma sistemleri uygulanmaktadır [43]. Türkiye'de ise ASM düzeyinde takip edilmekte, ancak katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu farklılıklar, tarama hizmetlerinin etkililiğini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle Türkiye'de tarama ve periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının daha yaygınlaştırılması, halkın farkındalık düzeyinin artırılması ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gereklidir.

2.4.2.4. Bağışıklama Hizmetleri

Bağışıklama, modern tıbbın en etkili koruyucu müdahalelerinden biridir. Aşılar, bireyleri ve toplumları bulaşıcı hastalıklardan korur, salgınların önüne geçer ve hastalık yükünü azaltır [44]. Türkiye'de uygulanan *Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)* kapsamında 13 hastalığa karşı ücretsiz aşılama hizmeti verilmektedir [41].

Aile sağlığı merkezlerinde uygulanan temel aşılar:

- **Çocukluk Çağı Aşıları:** BCG, Hepatit B, DTP, IPV, Hib, KPA, KKK, suçiçeği, Hepatit A ve rotavirüs aşıları belirlenmiş takvime göre uygulanır.

- **Ergenlik Dönemi Aşıları:** HPV aşısı, özellikle kız çocuklarında serviks kanserine karşı koruma sağlar; uygulaması giderek yaygınlaşmaktadır.

- **Erişkin Aşıları:**

    - Grip aşısı: Özellikle kronik hastalığı olanlar, 65 yaş üstü bireyler ve sağlık çalışanlarına önerilir.

    - Pnömokok aşısı: 65 yaş üzeri ve risk grubundaki bireyler için önerilir.

    - Tetanoz aşısı: 10 yılda bir tekrar edilmesi önerilmektedir.

    - Hepatit B, Hepatit A: Bağışıklık durumu ve risk faktörlerine göre erişkinlere de uygulanabilir.

Aile sağlığı merkezlerinde aşı uygulamaları, sistemli kayıt ve izlem süreçleriyle yürütülmekte; bireylerin aşılanma durumu düzenli olarak kontrol edilmektedir. Aşı programları, yalnızca birey sağlığı değil, toplum bağışıklığı açısından da kritik önemdedir.

2.4.3. Danışmanlık hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), yalnızca tedavi edici hizmetlerin değil; aynı zamanda bireylerin sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için gerekli bilgileri alabilecekleri danışmanlık hizmetlerinin de sunulduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Danışmanlık hizmetleri, bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmelerine rehberlik eden, kişiselleştirilmiş ve hedef odaklı müdahalelerdir. Bu hizmetlerin ASM'ler bünyesinde etkin biçimde sunulması, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir [45].

2.4.3.1. Danışmanlık Hizmetlerinin Kapsamı

ASM'lerde sunulan danışmanlık hizmetleri, bireyin yaşam döngüsünün her evresinde farklı sağlık risklerine yönelik olarak yapılandırılmıştır. Başlıca danışmanlık alanları şunlardır [46], [47]:

- **Sigara ve alkol kullanımı:** Tütün bırakma danışmanlığı, nikotin bağımlılığı ölçeklerinin uygulanması ve gerekli yönlendirmeler.

- **Beslenme ve obezite:** Sağlıklı beslenme ilkeleri, porsiyon kontrolü, fiziksel aktivite önerileri ve obezite ile mücadele programları.

- **Fiziksel aktivite:** Yaşa ve sağlık durumuna uygun egzersiz önerileri, hareketsiz yaşam tarzının riskleri hakkında bilgilendirme.

- **Aile planlaması:** Gebeliği önleyici yöntemler, doğurganlık kontrolü ve üreme sağlığına ilişkin bilgilendirme.

- **Cinsel sağlık:** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, korunma yolları ve risk faktörleri hakkında eğitim.

- **Gebelik ve emzirme danışmanlığı:** Gebelik sürecinde sağlıklı yaşam, doğum öncesi bakım, doğum sonrası destek ve emzirme eğitimi.

- **Kronik hastalık yönetimi:** Diyabet, hipertansiyon, KOAH gibi kronik hastalıkların kontrolü ve hasta eğitimi.

- **İlaç kullanımı danışmanlığı:** Akılcı ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri ve tedaviye uyum hakkında bilgilendirme.

- **Psikososyal destek:** Anksiyete, depresyon, yalnızlık, sosyal izolasyon gibi durumlarla başa çıkma yolları.

2.4.3.2. Danışmanlık Hizmetlerinin Etkililiği

Danışmanlık hizmetlerinin etkisi, bireyin sadece bilgi edinmesi ile sınırlı olmayıp davranış değişikliğini tetikleyici ve sürdürmeye yardımcı olması açısından değerlidir. Sağlık davranışlarının değiştirilmesi, yalnızca bilgi vermekle değil, bireyin motivasyonunu artırmak, inançlarını ve engellerini tanımak ve değişim sürecine aktif katılımını sağlamakla mümkündür. Bu nedenle ASM'deki danışmanlık hizmetleri, birey merkezli, katılımcı, güven ilişkisine dayalı ve sürekli olmalıdır [48].

Literatürde yapılan çalışmalar, birinci basamakta verilen danışmanlık hizmetlerinin, sigara bırakma, kilo verme, fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, doğum öncesi bakımın iyileştirilmesi ve kronik hastalık kontrolü gibi birçok alanda önemli başarılar sağladığını göstermektedir [49], [50].

2.4.3.3. Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi

Danışmanlık hizmetlerinin başarısı, doğrudan bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini içerir [51]. Okuryazarlık düzeyi yüksek bireyler, danışmanlık hizmetlerinden daha fazla yarar sağlayabilmekte, önerilere daha kolay uyum gösterebilmekte ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde daha bilinçli davranmaktadır. Bu nedenle, ASM'lerde danışmanlık sunumu sırasında, bireylerin bilgi düzeyi ve anlayışı dikkate alınarak uygun iletişim stratejileri tercih edilmelidir [52], [53].

2.5. Sağlık Hizmetine Erişim ve Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı

2.5.1. Sağlık hizmetine erişim kavramı ve bileşenleri

Sağlık hizmetine erişim, bireylerin ihtiyaç duyduklarında uygun, zamanında, kaliteli ve karşılanabilir sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini ifade eder [54]. Bu kavram, Penchansky

ve Thomas'ın erişim bileşenleri çerçevesinde beş ana boyuta ayrılır: mevcut olma veya bulunma (availability), erişilebilirlik (accessibility), uyum (accommodation), kabul edilebilirlik (acceptability) ve maliyet karşılanabilirliği (affordability) [54][55]. Bu bileşenlerin her biri, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını doğrudan etkiler.

2.5.2. Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı kavramı ve önemi

Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı, bireylerin sağlık sorunları veya riskleri olmasına rağmen çeşitli engeller nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması durumudur [5]. Bu durum, sağlık sistemlerinin etkinliğinin bir göstergesi olup, sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açmaktadır [56], [57]. Karşılanmamış ihtiyaç, erken müdahale fırsatlarının kaçırılması, hastalıkların ilerlemesi ve sağlık sonuçlarının kötüleşmesiyle sonuçlanmaktadır.

2.5.3. Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacını etkileyen bireysel, sosyoekonomik ve sistemsel faktörler

Karşılanmamış sağlık ihtiyacı, bireysel (yaş, cinsiyet, sağlık durumu), sosyoekonomik (gelir, eğitim, sigorta) ve sistemsel (sağlık hizmeti altyapısı, personel dağılımı) faktörlerin etkileşimiyle şekillenir [58], [59], [60]. Örneğin, düşük gelirli ve eğitimsiz bireylerde karşılanmamış sağlık ihtiyacı daha yaygındır [59]. Ayrıca kırsal kesimde sağlık hizmetlerine erişim daha zordur ve bu durum karşılanmamış ihtiyacı artırmaktadır[8], [58] .

2.5.4. Türkiye ve dünyada karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı: veriler ve karşılaştırmalar

OECD ülkelerinde erişim engelleri genellikle maliyet, bekleme süreleri ve coğrafi uzaklıkla ilişkilidir [9]. OECD 2022 verilerine göre yetişkinlerin %3–10'u sağlık hizmeti ihtiyacı olduğu halde hizmet alamamaktadır; düşük gelir grubunda bu oran %15'e kadar yükselmektedir [61]. Türkiye'de TÜİK'in 2023 Sağlık Araştırması'na göre nüfusun %4,2'si sağlık hizmeti ihtiyacı olmasına rağmen hizmet alamamıştır [62]. Türkiye, OECD ortalamasına göre daha iyi performans gösterse de sosyoekonomik eşitsizlikler sürmektedir.

2.6. ASM'ye Başvuru Davranışları ve Etkileyen Faktörler

2.6.1. Bireylerin ASM'ye başvuru nedenleri ve başvurmama nedenleri

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli erişim noktalarından biridir. Bireyler ASM'lere çoğunlukla akut hastalıklar, kronik hastalıkların takibi, bağışıklama hizmetleri, gebe ve çocuk izlemleri gibi nedenlerle başvurmaktadır [19], [25]. ASM'ler, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunarak toplumun sağlık ihtiyaçlarına kapsamlı yanıt verir.

Başvurmama nedenleri ise karmaşık ve çok boyutludur. Hizmetlerin yeterince bilinmemesi, memnuniyetsizlik, uzun bekleme süreleri, personel yetersizliği ve hizmet kalitesine dair olumsuz algılar başvuru oranlarını düşürmektedir [35], [36]. Ayrıca, özel sağlık kurumlarına yönelme, ulaşım zorlukları ve bireysel sağlık algısındaki yetersizlikler de etkili olmaktadır [63].

2.6.2. Başvuru davranışını etkileyen bireysel, sosyal ve yapısal etkenler

ASM'ye başvuru davranışı bireysel, sosyal ve yapısal faktörlerin etkileşimiyle şekillenir:

- **Bireysel faktörler:** Sağlık algısı, yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, sağlık okuryazarlığı ve önceki sağlık deneyimleri başvuru kararını belirler [40]. Örneğin, yaşlı bireylerde kronik hastalık yönetimi nedeniyle başvuru oranları genellikle daha yüksektir.

- **Sosyal faktörler:** Eğitim düzeyi, gelir seviyesi, kültürel değerler ve sosyal destek bireylerin sağlık hizmeti arama davranışlarını etkiler [19], [41]. Daha eğitimli bireylerin ASM'lere başvuru oranları genellikle daha yüksektir.

- **Yapısal faktörler:** ASM'nin konumu, ulaşım kolaylığı, personel sayısı ve niteliği, hizmet saatleri, sunulan hizmetlerin kapsamı ve kalite algısı başvuru oranlarını belirler

[8], [42]. Sağlık tesislerine uzaklık ve yetersiz altyapı özellikle kırsal bölgelerde önemli engellerdir [64].

2.6.3. ASM'ye başvuru davranışı ile karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki ilişki

ASM'ye düzenli başvuru, sağlık hizmetlerine erişim ve karşılanmamış sağlık ihtiyacının azalması ile yakından ilişkilidir [9], [10]ASM'ye başvuran bireylerin çoğunda erken tanı, etkili tedavi ve koruyucu hizmetlerden yararlanma oranları yüksektir. Buna karşılık, ASM'ye başvurmayan veya düzensiz başvuran bireylerde sağlık sorunlarının ilerlemesi, karşılanmamış ihtiyaçların artması gözlenmektedir [33], [37].

Türkiye'de yapılan araştırmalar, ASM'ye düzenli başvurunun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti artırdığını ve sağlık çıktılarında iyileşme sağladığını göstermektedir [10], [25], [65]. Bu nedenle, bireylerin ASM'lere erişimini kolaylaştırmak ve sağlık okuryazarlığını artırmak önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olup, 01.07.2023-01.10.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma Marmara Üniversitesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Tuzla ilçesinde bulunan Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kayıtlı olan ve 01.01.2021 – 01.01.2023 tarihleri arasında başvuruda bulunmuş olan 20 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Evreni temsil edecek büyüklükteki örneklem, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %50 prevalans varsayımı ile Sample Size Calculator programı kullanılarak hesaplanmış ve n = 372 birey olarak belirlenmiştir. Örneklem, ASM'ye başvuru durumuna göre iki tabakaya ayrılmıştır:

- Başvuru sayısı düşük olan grup (n = 124): Son iki yıl içinde ASM'ye iki kezden az başvurmuş olan bireyler.
- Başvuru sayısı yüksek olan grup (n = 248): Aynı dönemde en az iki kez başvurmuş olan bireyler.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olmak
- 20 yaş ve üzeri olmak

3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

- Sözlü iletişime engel teşkil eden bir sağlık durumunun bulunması (demans, afazi vb.)
- Ölçek sorularının tamamını yanıtlamamış olmak

3.6. Verilerin Toplanması

Katılımcı listesi ASM kayıt sisteminden alınmış olup, bilgisayar destekli rastgele sayı üretme yöntemi kullanılmıştır. Belirlenen bireylerle ASM telefon hattı aracılığıyla iletişime geçilmiştir. Her bireye en fazla üç kez ulaşılma denemesi yapılmış, ulaşılamayan bireyler yerine listedeki bir alt veya üst bireyle irtibat kurulmuştur. Dahil edilme kriterlerine uymayan bireyler elenerek uygun olanlar davet edilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama yüz yüze ve telefon ile görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara aşağıdaki formlar uygulanmıştır:

Katılımcı Değerlendirme Formu (Ek–2): Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık öyküsü, son başvuru zamanı gibi sosyodemografik bilgileri, bireylerin karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacını saptamak için yaş ve cinsiyet grubuna uygun olarak yapılması gereken tarama, bağışıklama hizmetlerinden yararlanma durumları, asm ve dış merkez başvuru durumlarını içermektedir.

Sağlık Algısı Ölçeği (Ek–3): Katılımcının sağlığını nasıl değerlendirdiğini ölçen, psikometrik geçerliliği yüksek bir ölçektir.

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (Ek–4): Bireyin sağlıkla ilgili sorun yaşadığında tercih ettiği başvuru yollarını değerlendirmektedir.

3.7.1 Kullanılan Ölçeklerin Puanlanması

Sağlık Algısı Ölçeği (Ek-3): Bu ölçek, Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen, beşli Likert tipi, 15 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Kadıoğlu ve Yıldız (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek; "Kontrol Merkezi", "Öz Farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın Önemi" olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlara ait orijinal Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0,90; 0,91; 0,91 ve 0,82'dir.

- 15 maddelik, beşli Likert tipi bir ölçektir.
- Alt boyutlar: Kontrol Merkezi (Madde 1, 5, 9, 13), Öz Farkındalık (Madde 2, 6, 10, 14), Kesinlik (Madde 3, 7, 11, 15), Sağlığın Önemi (Madde 4, 8, 12)
- Toplam puan: 15-75 arasındadır. Yüksek puan daha olumlu sağlık algısını ifade eder.

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (Ek–4): Bu ölçek; bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve yardım arama davranışlarını değerlendiren, 12 maddelik, üç alt boyuttan (online, profesyonel, geleneksel) oluşan Likert tipi bir ölçektir. Uyum iyiliği indeksleri şu şekildedir: RMSEA=0,068; CFI=0,92; GFI=0,93; AGFI=0,90; NFI=0,90; RMR=0,010.

- 12 maddelik, beşli Likert tipi bir ölçektir.
- Alt boyutlar: Online Başvuru (Madde 1, 4, 7, 10), Profesyonel Başvuru (Madde 2, 5, 8, 11), Geleneksel Başvuru (Madde 3, 6, 9, 12)
- Toplam puan: 12-60 arasındadır. Yüksek puan daha fazla sağlık arama davranışını ifade eder.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında toplanan tüm veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler kapsamında, sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

Normallik dağılımı, sürekli değişkenler için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ve histogram ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Ki-kare testi (χ^2) kullanılmıştır.

Sürekli değişkenler için iki grup karşılaştırmalarında, dağılımın normal olması durumunda Bağımsız Örneklem T-testi (Student's t testi); normal dağılmayan verilerde ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İkiden fazla grup karşılaştırılmalarında normal dağılan verilerde One Way Anova testi, normal dağılmayan verilerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırma Etik Kurul Başvurusu ve Gerekli İzinler

Bu çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.06.2023 tarihli ve 09.2023.791 protokol numaralı onay alınmıştır (EK-5).

Katılımcılara ait veriler, etik kurul onayı ve kurum izni sonrasında Aile Sağlığı Merkezi LBYS biriminden temin edilmiştir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylerle telefon aracılığıyla iletişime geçilmiş, araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapılmış ve onamlar elektronik ortamda alınmıştır (EK-1).

Tüm veriler anonimleştirilerek yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmış ve kişisel verilerin gizliliği titizlikle korunmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmanın örneklemini oluşturan 372 katılımcının %61,3'ü **(**n=228**)** kadın, %38,7'si (n=144**)** erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 42,12 ± 11,36 (min=20, max=75) olarak bulunmuştur. Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %27,2'si genç yetişkin, %47,0'ı orta yetişkin, %22,6'sı geç orta yetişkin ve %3,2'si yaşlı grupta yer almaktadır.

Katılımcıların büyük bir kısmı evlidir (n=294, %79,0). Bekarların oranı %14,8 (n=55), boşanmışların oranı %5,4 (n=20) ve dul bireylerin oranı %0,8 (n=3) olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeylerine bakıldığında, katılımcıların %44,9'u lise, %27,2'si ön lisans mezunudur. Yüksek öğrenim görenlerin oranı lisans ve üstü olmak üzere %30,7'dir. Ancak %12,9'u yalnızca ilkokul, %10,8'i ortaokul mezunudur.

Meslek dağılımına göre en yüksek oran özel sektör çalışanlarıdır (%28,8). Ev hanımları %26,1 oranla ikinci sıradadır. Bunu memurlar (%15,3) ve işçiler (%14,8) izlemektedir. Katılımcıların %66,1'i gelirlerinin giderlerini karşıladığını belirtmiştir. %15,1'i gelirlerinin giderlerini karşılamadığını, %18,8'i ise gelirinin fazla olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %95,7'si çekirdek aile yapısına sahipken, %4,3'ü geniş aile yapısında yaşamaktadır. Yaşanılan kişiler bakımından değerlendirildiğinde %84,9'u ailesiyle, %8,9'u yalnız yaşadığını, %6,2'si ise akraba veya arkadaşlarıyla yaşadığını belirtmiştir. (Tablo-1)

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	**Kadın**	**228**	**61,3**
	Erkek	144	38,7
Yaş	Genç	101	27,2
	Orta Yetişkin	**175**	**47,0**
	Geç orta	84	22,6
	Yaşlı	12	3.2
Medeni Durum	**Evli**	**2G4**	**7G,0**
	Bekar	55	14,8
	Boşanmış	20	5,4
	Dul	3	0,8
Öğrenim Durumu	Okur yazar	2	0,5
	Okur yazar	1	0,3
	İlkokul	48	12,9
	Ortaokul	40	10,8
	Lise	**167**	**44,G**
	Ön lisans	101	27,2
	Lisans	13	3,5
Meslek	**Ev hanımı**	97	**26,1**
	Emekli	22	5,9
	Memur	57	15,3
	İşçi	55	14,8
	Özel sektör	107	**28,8**
	Esnaf	25	6,7
	Öğrenci	7	1,9
	İşsiz	2	0,5
Gelir Durumu	Gelirim giderimi karşılamıyor	56	15,1
	Gelirim giderimi karşılıyor	246	**66,1**
	Gelirim giderimden fazla	70	18,8
Aile Yapısı	**Çekirdek**	356	**G5,7**
	Geniş	16	4,3
Birlikte Yaşadığı Kişiler	**Aile**	316	**84,G**
	Akraba	16	4,3
	Arkadaş	7	1,9
	Yalnız	33	8,9

4.2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin bilgiler Tablo-2'de sıralanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %48,7'si en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %16,9'unda hipertansiyon, %12,4'ünde tiroid hastalığı, %6,7'sinde diyabet, %5,6'sında koroner arter hastalığı, %5,1'inde depresyon ve %2,4'ünde kanser öyküsü mevcuttur. Alerji ve astım gibi hastalıkların oranı ise %4,0'dır.

Katılımcıların %60,2'si ailesinde kronik hastalık bulunduğunu ifade etmiş, %44,9'u düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Günlük ortalama ilaç kullanımı 0,9 olup, bazı bireylerde bu sayı 7'ye çıkmaktadır.

Katılımcılar kendi genel sağlık durumlarını ortalama 7,41 (±1,18) olarak değerlendirmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların sağlık durumu ile ilişkili veriler

Katılımcıların sağlık özellikleri	Var (n, %)
Kronik Hastalık	181 **(48,7%)**
Hipertansiyon	63 **(16,G%)**
Diyabet (DM)	25 (6,7%)
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	21 (5,6%)
Tiroid Hastalığı	46 (12,4%)
Diğer Hastalıklar	54 (14,5%)
Ailede Kronik Hastalık	224 **(60,2%)**
Sürekli Kullanılan İlaç	167 (44,9%)

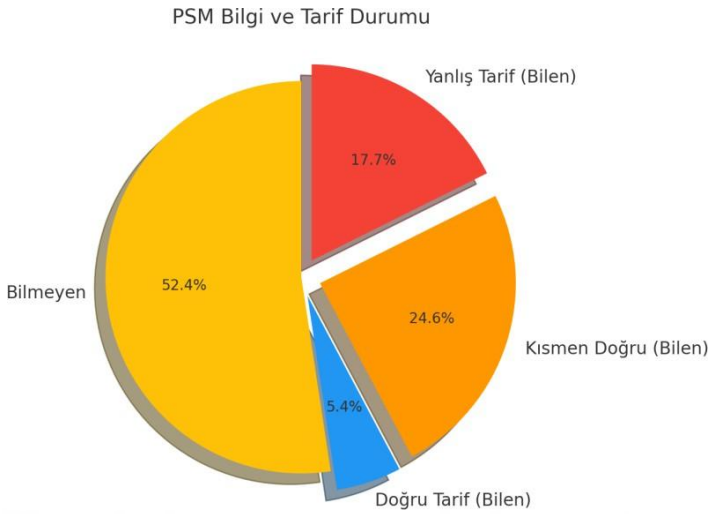
4.3. ASM'ye Başvurmayan Katılımcıların Başvurmama Nedenleri ve Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM) Bilgi Düzeyleri

ASM'ye hiç başvurmamış ya da 2 yılda yalnızca 1 kez başvurmuş olan 124 katılımcıya başvurmama nedenleri sorulmuştur. En sık bildirilen nedenler arasında, sağlık durumu ile ilgili ihtiyaç hissedilmemesi (%37,9) ve doğrudan devlet/özel hastaneye başvurma eğilimi (%50,8) öne çıkmaktadır. Katılımcıların %15,3'ü çalışma saatlerinden dolayı ASM'ye başvuramadığını ifade etmiştir. ASM hizmetlerinden veya aile hekiminden memnuniyetsizlik oranı oldukça düşüktür. Bununla birlikte, bazı katılımcılar yalnızca reçete ya da rapor ihtiyacı olduğunda ASM'ye başvurduğunu belirtmiştir. (Tablo-3)

Ayrıca, ASM'ye başvurmayan katılımcılara periyodik sağlık muayeneleri (PSM) ile ilgili bilgi düzeyleri sorulmuş, %47,6'sı PSM'yi duyduğunu belirtmiş, ancak yalnızca %11,3'ü doğru tarif etmiştir. (Şekil-1)

Tablo 3: ASM'ye Başvurmayan Katılımcıların Gerekçeleri(n=124)

Başvurmama Nedeni	(n, %)	
Sağlık durumu ile ilgili ihtiyaç duymama	**47**	**(37,G%)**
İhtiyaç halinde devlet/özel hastaneye başvurma	**63**	**(50,8%)**
Çalışma saatinden dolayı başvuramama	**1G**	**(15,3%)**
Aile hekiminden memnun olmama	1	(0,8%)
ASM hizmetlerinden memnun olmama	4	(3,2%)
Hastalık dışı durumlarda ASM'ye ihtiyaç duymama	1	(0,8%)
Kötü bir sonuçla karşılaşma korkusu	7	(5,6%)
Hastalığını bilmek istememe	3	(2,4%)
Sadece rapor almak için	10	(8,1%)
Sadece reçete ihtiyacı olduğunda başvurma	2	(1,6%)



Şekil 1: ASM'ye Başvurmayanların PSM Bilgi Durumu (n=124)

4.3.1. Başvuru Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

Tablo 4'te çalışmaya katılan bireylerin başvuru sayısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (χ^2=165,190; p<0,001). Nagelkerke R^2 değerine göre model, başvuru sayısındaki varyansın %49,8'ini açıklamaktadır.

Analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler aşağıda özetlenmiştir:

- Erkeklerin 2'den az başvuru yapma olasılığı kadınlara göre 5,42 kat daha yüksektir (OR=5,421; p<0,001).
- PSM'lerden haberdar olan bireylerde 2'den fazla başvuru yapma olasılığı haberdar olmayanlara göre 5,86 kat daha yüksektir (OR=5,860; p<0,001).

- Profesyonel SA düzeyi yüksek bireylerde başvuru yapma olasılığı 1,24 kat artmaktadır (OR=1,241; p=0,003).

- Sağlık Algısı puanı yüksek bireylerde 2 ve daha fazla başvuru yapma olasılığı 1,20 kat artmaktadır (OR=1,202; p<0,001).

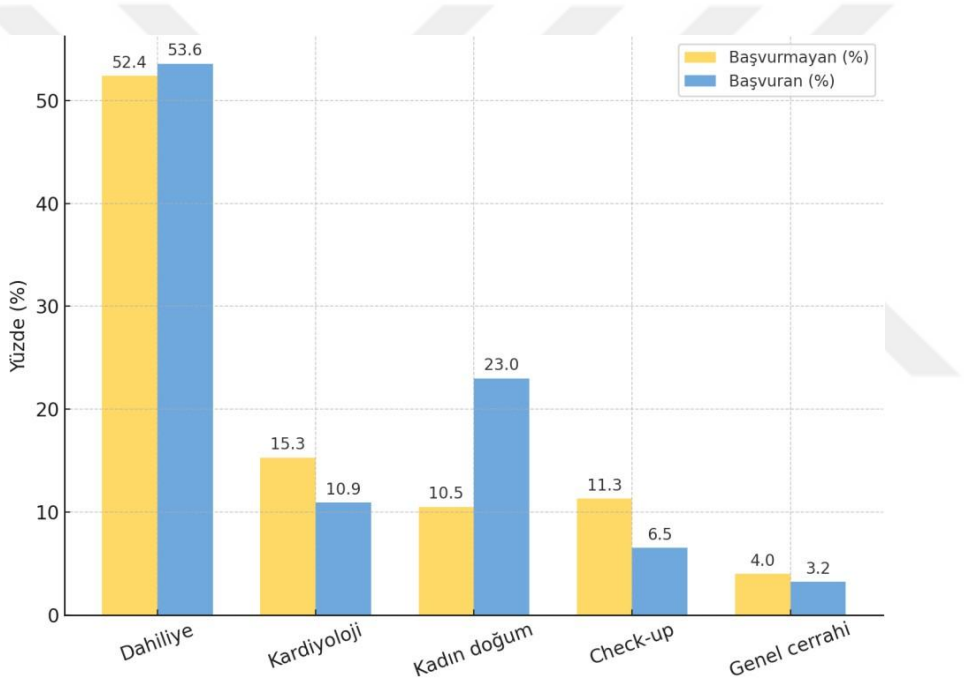
Buna karşın, yaş**,** gelir durumu, öğrenim durumu, kroonik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullamı değişkenlerinin modele anlamlı bir katkısı bulunmamıştır.

Tablo 4: Başvuru Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

Modeldeki Değişkenler	Beta	Standart hata	p	OR	%G5 GA (Alt-Üst)
Cinsiyet	1,690	0,368	<0,001	5,421	2,646–11,105
Yaş	-0,011	0,014	0,437	0,989	0,962 – 1,016
Gelir durumu	-0,431	0,398	0,281	0,650	0,298 – 1,419
Öğrenim durumu	0,385	0,309	0,215	1,470	0,804 – 2,686
Kronik hastalık varlığı	0,607	0,447	0,176	1,835	0,764 – 4,409
Sürekli ilaç kullanımı	0,757	0,446	0,090	2,132	0,889 – 5,117
PSM bilgisi	1,769	0,409	<0,001	5,860	2,628 –13,068
Profesyonel Sağlık algısı	0,216	0,073	0,003	1,241	1,074 – 1,433
Sağlık algısı toplam puanı	0,184	0,036	<0,001	1,202	1,118 – 1,293

4.4. ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Dış Merkez Tercihleri Karşılaştırması

ASM'ye başvuru durumu ile dış merkez polikliniklerine başvuru oranları arasında çoğu alan için anlamlı fark olmamakla birlikte**,** kadın doğum polikliniğine başvuru oranı başvuran grupta (%23,0), başvurmayanlara (%10,5) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,004) (Şekil-2)



Şekil 2: ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Dış Merkez Polikliniklerine Tarama İçin Başvuru Dağılımı

4.5. ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Taramalara Katılım

Katılımcıların ASM'ye başvuru durumlarına göre taramalara katılım oranları Tablo 5'te verilmiştir. Sonuçlar, ASM'ye daha sık başvuran kişilerin taramalara katılım oranlarının, daha az başvuranlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tansiyon ölçümü iki ve daha fazla kez başvuranlarda %56,5 iken, iki defadan az başvuranlarda yalnızca %8,9'dur.Smear testi katılımı düzenli başvuranlarda %45,5, daha az başvuranlarda %39,4'tür.Mamografi (MMG) taramasına katılım düzenli başvuranlarda %51,3, daha az başvuranlarda ise %42,8 olarak bulunmuştur. Laboratuvar testleri tüm gruplarda en yüksek katılımın görüldüğü hizmettir. Düzenli başvuranlarda %87,9, daha az başvuranlarda ise %75,8 oranında katılım saptanmıştır.

Tablo 5: Başvuru durumuna göre taramaya katılım durumlarının değerlendirilmesi

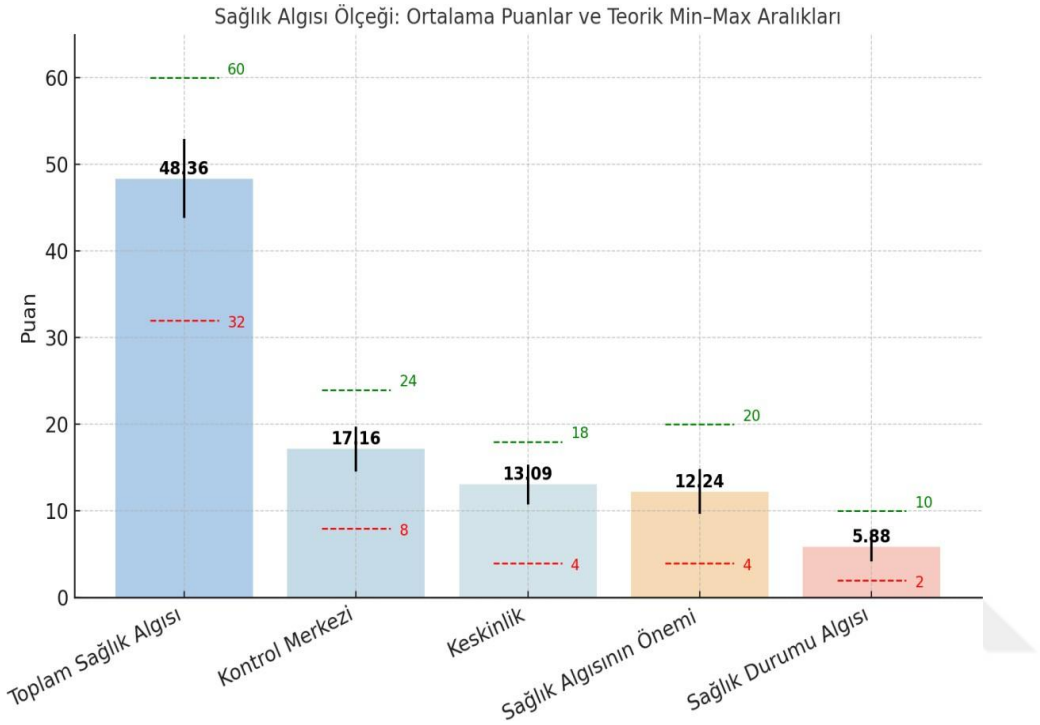
Tarama Kategorisi	2'den fazla başvuranlar (n=248)		2'den az başvuranlar (n=124)	
	Katılan	Katılmayan	Katılan	Katılmayan
Tansiyon ölçümü	140 (56,5%)	108 (43,5%)	11 (8,9%)	113 (91,1%)
Smear	75 (45,5%)	90 (54,5%)	13 (39,4%)	20 (60,6%)
MMG	58 (51,3%)	55 (48,7%)	14 (82,4%)	3 (17,6%)
Laboratuvar	218 (87.9%)	30 (12,1%)	94 (75,8%)	30 (24,2%)
GGK	30 (41,1%)	43 (58,9%)	0 (0%)	23 (100%)

4.6. Sağlık Algısı Ölçeği: Tanımlayıcı Bulgular ve Alt Boyut Dağılımı

Bu bölümde katılımcıların sağlık algısını değerlendirmek amacıyla kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği'nden elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur. (Şekil-3)**.** Ölçek toplamda 15 maddeden oluşmakta olup dört alt boyutta gruplanmaktadır. Toplam sağlık algısı puanı ortalaması 48,36 ± 4,58 olarak saptanmıştır (min=32, max=60).

Alt boyutlar incelendiğinde;

- Kontrol Merkezi (İç-Dış Kontrol Odağı) puanı ortalaması 17,16 ± 2,61 (min=8, max=24),
- Keskinlik ortalaması 13,09 ± 2,30 (min=4, max=18),
- Sağlık Algısının Önemi ortalaması 12,24 ± 2,58 (min=4, max=20),
- Sağlık Durumu Algısı ortalaması ise 5,88 ± 1,69 (min=2, max=10) olarak bulunmuştur.



Şekil 3: Sağlık Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları (n=372)

4.6.1. Başvuru Durumuna Göre Sağlık Algısı Toplam Puan ve Alt Boyutların Karşılaştırması

Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının, ASM'ye başvuru durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Mann–Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. (Tablo-6)

- Kontrol Merkezi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U=13874,0; p=0,122).

- Keskinlik alt boyutunda, 2 ve daha fazla başvuran grubun sıra ortalaması (201,03), 2'den az başvuran grubun sıra ortalamasından (157,44) anlamlı derecede yüksektir (U=11773,0; p<0,001).

- Sağlığın Algısının Önemi alt boyutunda, 2 ve daha fazla başvuran grubun sıra ortalaması (206,56), 2'den az başvuran grubun sıra ortalamasından (146,38) anlamlı olarak yüksektir (U=10400,5; p<0,001).

- Sağlık Durumu Algısı alt boyutunda da 2 ve daha fazla başvuran grubun sıra ortalaması (206,31), 2'den az başvuran grubun sıra ortalamasından (146,88) anlamlı düzeyde yüksektir (U=10463,5; p<0,001).

- Sağlık Algısı Toplam Puanı açısından değerlendirildiğinde, 2 ve daha fazla başvuran grubun sıra ortalaması (209,30), 2'den az başvuran grubun sıra ortalamasından (140,90) anlamlı şekilde yüksektir (U=9721,5; p<0,001).

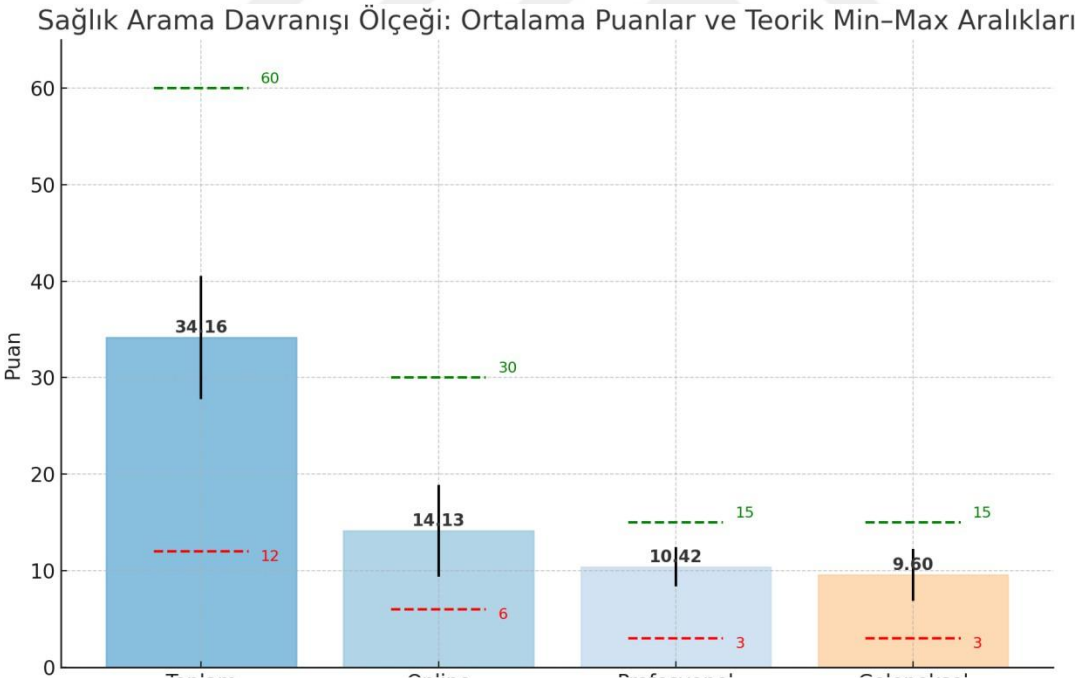
Tablo 6: Sağlık Algısı Toplam Puanının ASM'ye Başvuru Durumuna Göre Karşılaştırılması

Başvuru Durumu	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann –Whitney U	p değeri
2'den az başvuru	140,90	46,15	9721,5	<0,001
2 ve daha fazla başvuru	209,30	49,47		

4.7. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği: Tanımlayıcı Bulgular

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği'nden elde edilen verilere göre, katılımcıların toplam puan ortalaması 34,16 ± 6,38 (min=17, max=49) olarak bulunmuştur. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır: online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışları. (Şekil-4)
Alt boyutlara ilişkin bulgular şu şekildedir:

- Online sağlık arama davranışı puan ortalaması 14,13 ± 4,76 (min=6, max=30)
- Profesyonel sağlık arama davranışı puan ortalaması 10,42 ± 2,01(min=3, max=15)
- Geleneksel sağlık arama davranışı puan ortalaması 9,60 ± 2,70 (min=3, max=15)



Şekil 4: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Dağılımı (n=372)

4.7.1. Başvuru Durumuna Göre Sağlık Arama Davranışı Toplam Puan ve Alt Boyutların Karşılaştırması

Araştırmada sağlık arama davranışı alt boyut puanlarının (online, profesyonel, geleneksel) ve toplam sağlık arama davranışı puanının, başvuru sıklığına göre (2'den az başvuru ve 2 ve daha fazla başvuru) farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir (Tablo-7). Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre:

- Online sağlık arama davranışı puanları açısından başvuran ve başvurmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (U=14577, p=0,413).

- Geleneksel sağlık arama davranışı puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır (U=14618,5, p=0,434).

- Profesyonel sağlık arama davranışı puanları başvuru sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir; 2 ve daha fazla başvuranların puanı anlamlı derecede yüksektir (U=11009, p<0,001).

- Toplam sağlık arama davranışı puanı başvuru sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir; 2 ve daha fazla başvuran grubun puanı anlamlı olarak yüksektir (U=13157,5, p=0,023).

Tablo 7: Sağlık Arama Davranışı Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Başvuru Durumuna Göre Karşılaştırılması (Mann-Whitney U Testi)

Ölçek / Alt Boyut	Başvuru Durumu	Sıra Ortalaması	Ortanca	U	p
Online Sağlık Arama Davranışı	2'den az başvuru	180,06	18,00	14577,0	0,413
	≥2 başvuru	189,72	19,00		
Profesyonel Sağlık Arama Davranışı	2'den az başvuru	151,28	9,00	11009,0	<0,001
	≥2 başvuru	204,11	10,00		
Geleneksel Sağlık Arama Davranışı	2'den az başvuru	180,39	7,00	14618,5	0,434
	≥2 başvuru	189,55	7,00		
Toplam Sağlık Arama Davranışı Puanı	2'den az başvuru	168,61	34,00	13157,5	0,023
	≥2 başvuru	195,45	35,00		

4.8. ASM Başvuru Durumuna Göre Karşılanmamış Periyodik Sağlık Muayenesi İhtiyaçları

Çalışmaya katılan bireylerin ASM'ye başvuru durumlarına göre periyodik sağlık muayenelerinden yararlanma düzeyleri incelenmiştir. Hizmetin ASM'de veya dış merkezde sunulmuş olup olmamasına bakılmaksızın, hiçbir şekilde yaptırılmamış olması "karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı" olarak tanımlanmıştır.

4.8.1. Tansiyon Ölçümü

Katılımcıların ASM'ye başvuru sıklığı ile tansiyon ölçümü yaptırma durumları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği analiz sonuçları Tablo 8'de sunulmaktadır. Bulgular incelendiğinde, ASM'ye iki ve daha fazla başvuran bireylerde tansiyon ölçümü yaptırma oranı %43,5 iken, iki defadan az başvuranlarda bu oranın yalnızca %8,9 düzeyinde kaldığı saptanmıştır. Buna karşılık, tansiyon ölçümü yaptırmayanların oranı iki defadan az başvuranlarda %91,1 gibi oldukça yüksek bir düzeyde bulunmuş, düzenli başvuru yapanlarda ise %56,5 olarak belirlenmiştir.

Yapılan Ki-Kare testi sonucunda, ASM'ye başvuru sayısı ile tansiyon ölçümü yaptırma durumu arasında yüksek derecede anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (χ^2=45,692, sd=1, p<0,001).

Tablo 8: ASM'ye başvuru durumuna göre tansiyon ölçümü değerlendirilmesi

Başvuru durumu	**Tansiyon ölçümü yapılmayan n (%)**	**Tansiyon ölçümü yapılan n (%)**	**Toplam n**
2'den az başvuru	113 (91,1%)	11 (8,9%)	124
2 ve daha fazla başvuru	140 (56,5%)	108 (43,5%)	248
Toplam	253 (68,0%)	119 (32,0%)	372

Ki-Kare testi:x^2= 45,6G2, sd=1, p<0,001

4.8.1.1. Tansiyon Ölçümü ile İlişkili Faktörler: Lojistik Regresyon Analizi

Araştırmada tansiyon ölçümü yaptırma durumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Model anlamlı bulunmuştur (χ^2=136,885; sd=13; p<0,001) ve tansiyon ölçümü durumundaki değişimin %43,1'ini açıklamaktadır (Nagelkerke R^2=0,431). Modelin genel doğru sınıflandırma oranı %79,0'dır.(Tablo-9)

Analiz sonuçlarına göre cinsiyet, yaş, ASM'ye düzenli başvuru ve ASM'de yapılan periyodik sağlık muayenelerinden haberdar olma değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

- Kadınların tansiyon ölçümü yaptırma olasılığı erkeklere göre yaklaşık 2,23 kat daha fazladır (OR=2,228; %95 GA=1,088–4,562).

- Yaş arttıkça tansiyon ölçümü yaptırma olasılığı da artmakta; her bir yaş birimi artış için bu olasılık 1,065 kat yükselmektedir (p<0,001).

- ASM'ye düzenli başvuranların tansiyon ölçümü yaptırma olasılığı, düzensiz başvuranlara göre 3,75 kat daha yüksektir (p=0,001).

- Ayrıca, ASM'de periyodik sağlık muayenelerinin yapıldığını bilenlerin tansiyon ölçümü yaptırma olasılığı, bilmeyenlere kıyasla 3,91 kat daha fazladır (p<0,001).

Diğer değişkenlerin (profesyonel online ve geleneksel sağlık arama davranışı puanları, sağlık algısı toplam puanı, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, meslek durumu, gelir düzeyi ve medeni durum) tansiyon ölçümü yaptırma olasılığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptanmamıştır (p>0,05)

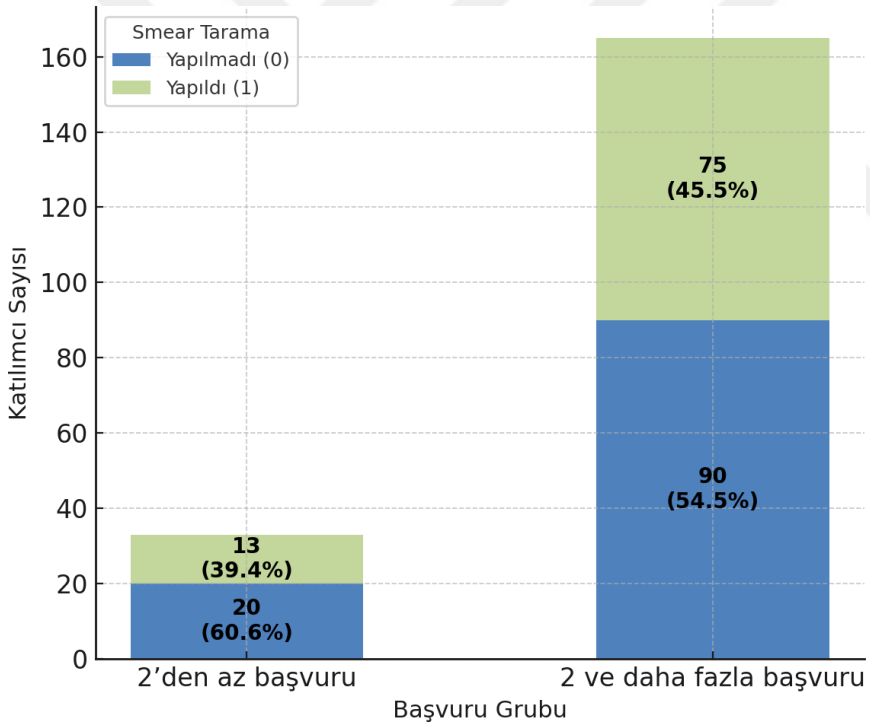
Tablo G: Tansiyon ölçümü yaptırma durumunu etkileyen faktörler: Lojistik regresyon analizi sonuçları

Modeldeki Değişkenler	Beta	Standart Hata	p	OR	%95 GA (Alt-Üst)
Cinsiyet	0,801	0,365	0,028	2,228	1,088-4,562
Yaş	0,063	0,015	**<0,001**	1,065	1,035-1,096
Düzenli ASM Başvurusu	1,322	0,411	**0,001**	3,750	1,671-8,418
ASM'de PSM Yapıldığını Bilme	1,363	0,321	**<0,001**	3,907	2,081-7,332
Profesyonel Sağlık Arama Davranışı	0,132	0,081	0,105	1,141	0,973-1,338
Meslek	0,439	0,310	0,157	1,551	0,843-2,851
Ailede Kr. Hastalık	0,494	0,334	0,139	1,639	0,856-3,138
Sağlık Algısı Toplam Puan	0,015	0,035	0,671	1,015	0,947-1,088
Kr. Hastalık Varlığı	0,207	0,313	0,509	1,230	0,667-2,265
Online Sağlık Arama Davranışı	0,009	0,031	0,768	0,991	0,933-1,052
Geleneksel Sağlık Arama Davranışı	0,050	0,056	0,367	1,052	0,941-1,175
Gelir Durumu	0,500	0,383	0,192	1,648	0,777-3,494
Medeni Durum	0,097	0,372	0,794	1,102	0,534-2,273

4.8.2. Smear ile Tarama

30 yaş ve üzeri kadın katılımcıların smear testi yaptırma durumu ASM'ye başvuru davranışlarına göre değerlendirilmiştir. Smear testi yaptırma durumları incelendiğinde, düzenli ASM başvurusu olan grupta sadece ASM'de smear yaptırma oranı %13,9 iken, başvurmayan grupta bu oran %0'dır. Dış merkezde smear yaptıran oranı başvurmayanlarda daha yüksek görülmektedir (%39,4'e karşı %31,5). Hiçbir yerde smear testi yaptırmamış olanların oranı ise başvurmayan grupta %60,6, başvuran grupta %54,5'tir.(Şekil-5)

Toplamda 198 katılımcının 110'unda (%55,6) smear testi hiç yapılmamış, yani bu katılımcılar açısından karşılanmamış sağlık hizmeti durumu söz konusudur.



Şekil 5: Başvuru Durumuna Göre Smear Taraması Katılımı

4.8.2.1. Smear Taramasını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

30 yaş ve üzeri kadınlarda smear testi yaptırma durumunu etkileyen faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.(Tablo-10) Smear taraması yaptırma durumunu etkileyen faktörlerin incelendiği çok değişkenli lojistik regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=35,767; p<0,001). Model varyansın %22,1'ini açıklamış (Nagelkerke R^2=0,221) ve doğru sınıflandırma oranı %65,2 olarak saptanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre;

- Dış merkezden hizmet alanlarda smear taraması yaptırma olasılığı, ASM'den hizmet alanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür (OR=0,120; p<0,001).
- Evli olmayan bireylerde smear yaptırma olasılığı evli olanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (OR=0,367; p=0,034).
- Ailede kronik hastalık öyküsü bulunanlarda smear yaptırma olasılığı yaklaşık yarı yarıya daha düşük saptanmış, ancak bu ilişki sınırda anlamlılık göstermiştir (OR=0,506; p=0,091).

Diğer değişkenler (ASM'ye düzenli başvuru, PSM bilgisi, sağlık algısı toplam puanı, profesyonel ve geleneksel sağlık algısı, bireyin kendi kronik hastalık öyküsü) ile smear yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 10: 30 yaş ve üzeri kadınlarda smear testi yaptırma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Modeldeki Değişkenler	Beta	Standart hata	P	OR	%G5 GA (Alt-Üst)
ASM'ye düzenli başvuru	0,042	0,477	0,931	1,042	0,408 – 2,662
Dış merkezden hizmet alma	-2,117	0,537	<0,001	0,120	0,042 – 0,342
ASM'de PSM bilgisi	-0,529	0,378	0,162	0,589	0,281 – 1,235
Medeni durum	-1,004	0,473	0,034	0,367	0,145 – 0,929
Sağlık algısı toplam puanı	0,055	0,039	0,164	1,056	0,979 – 1,139
Online sağlık arama	-0,036	0,136	0,789	0,965	0,741 – 1,256
Profesyonel sağlık arama	0,009	0,100	0,925	1,009	0,826 – 1,232
Geleneksel sağlık arama	-0,056	0,062	0,360	0,945	0,834 – 1,072
Ailede kronik hastalık öyküsü	-0,681	0,403	0,091	0,506	0,233 – 1,098
Kronik hastalık öyküsü	-0,203	0,367	0,581	0,816	0,398 – 1,673

4.8.3. Mamografi Taraması

Katılımcıların ASM'ye başvuru durumuna göre mamografi taramasına katılım oranları Tablo 11'te verilmiştir. İki defadan az ASM başvurusu yapan kadınların %82,4'ü mamografi taraması yaptırırken, %17,6'sı yaptırmamıştır. Düzenli başvuru yapan (iki ve üzeri) kadınlarda ise mamografi yaptırma oranı %51,3 olup, %48,7'si taramaya katılmamıştır.

Toplamda katılımcıların %55,4'ü mamografi yaptırmış, %44,6'sı ise herhangi bir merkezde mamografi taramasına katılmamıştır. Yapılan Ki-Kare analizi sonucunda, ASM'ye başvuru sıklığı ile mamografi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (χ^2=14,769, sd=1, p<0,001). Bu bulgu, ASM'ye düzenli başvuran kadınların mamografi taramalarına katılım olasılığının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 11: ASM başvuru durumuna göre mamografi taramasının değerlendirilmesi

Başvuru durumu	**Mamografi yaptıran n (%)**	**Mamografi yaptırmayan n (%)**	**Toplam n**
2'den az başvuru	14 (82,4%)	3 (17,6%)	17
2 ve üzeri başvuru	58 (51,3%)	55 (48,7%)	113
Toplam	72 (55,4%)	58 (44,6%)	130

Ki-Kare testi: x^2=14,76G, sd=1, p<0,001

4.8.3.1. Mamografi Taramasını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

40 yaş ve üzeri kadın katılımcılar (n=130) arasında mamografi yaptırma durumunu etkileyen faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Model genel olarak anlamlı bulundu (χ^2=49,868; p<0,001) ve mamografi yaptırma durumundaki değişkenliğin %42,6'sını açıkladı (Nagelkerke R^2=0,426). Modelin sınıflandırma doğruluğu %74,6 olarak belirlendi. (Tablo-12)

Analiz sonuçlarına göre;

- ASM'ye düzenli başvuru yapanlarda mamografi yaptırma olasılığı, 2'den az başvuranlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (OR=31,16; %95 GA: 4,24–228,97; p=0,001).

- Dış merkeze tarama nedenli başvuru öyküsü olanlarda mamografi yaptırma olasılığı anlamlı olarak artmıştır (OR=6,29; %95 GA: 1,97–20,07; p=0,002).

- Evli olanlarda, evli olmayanlara kıyasla mamografi yaptırma olasılığı daha yüksektir (OR=4,03; %95 GA: 1,01–16,05; p=0,049).

- Geleneksel sağlık algısı puanı yüksek olanlarda mamografi yaptırma olasılığı azalmaktadır (OR=0,73; %95 GA: 0,61–0,87; p<0,001).

- Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanlarda, olmayanlara göre mamografi yaptırma olasılığı artmıştır (OR=6,10; %95 GA: 1,34–27,68; p=0,020).

Tablo 12: Mamografi yaptırma durumu ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Modeldeki Değişkenler	Beta	Standart hata	P	OR	%G5 GA (Alt-Üst)
ASM'ye düzenli başvuru	**3,43G**	**1,024**	**0,001**	**31,15G**	4,24 – 228,97
PSM'nin ASM'de yapıldığını bilme	-0,334	0,495	0,499	0,716	0,27 – 1,88
Dış merkeze başvuru varlığı	**1,83G**	**0,5G7**	**0,002**	**6,288**	1,97 – 20,07
Evli olma durumu	1,395	0,707	0,049	4,034	1,01 – 16,05
Sağlık algısı toplam puanı	-0,038	0,058	0,510	0,963	0,86 – 1,08
Online sağlık arama davranışı	-0,097	0,054	0,075	0,908	0,82 – 1,01
Profesyonel sağlık arama davranışı	-0,164	0,139	0,239	0,849	0,65 – 1,10
Geleneksel sağlık arama davranışı	-0,315	0,090	<0,001	0,730	0,61 – 0,87
Ailede kronik hastalık varlığı	1,808	0,776	0,020	6,101	1,34 – 27,68
Kendi kronik hastalık durumu	-0,691	0,597	0,247	0,501	0,15 – 1,64

4.8.4. Gaitada Gizli Kan Testi ile Tarama

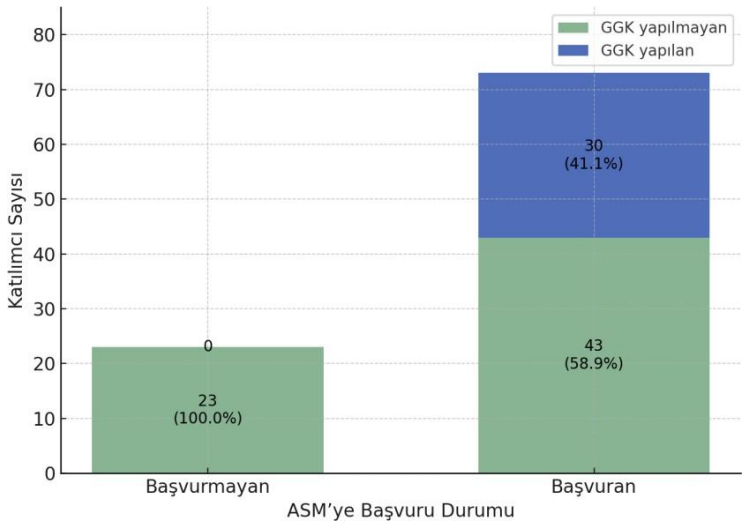
Çalışmada, 50 yaş ve üzeri bireylerde gaitada gizli kan (GGK) testi uygulanma durumu, ASM'ye başvuru sıklığına göre analiz edilmiştir.

Toplam 96 katılımcı üzerinde yapılan analizde:

- Başvurmayan grupta (n=23) GGK testi hiçbir şekilde yapılmamış ve bu grubun tamamı (%100,0) karşılanmamış hizmet kategorisine girmiştir.

- Başvuran grupta (n=73), 28 kişi (%38,4) sadece ASM'de, 2 kişi (%2,7) sadece dış merkezde GGK testi yaptırmış, 43 kişi (%58,9) ise hiçbir yerde yaptırmamıştır.

Başvuranların %41,1'inin GGK testini bir şekilde yaptırdığını, kalan %58,9'unda ise bu hizmetin karşılanmadığını göstermektedir. (Şekil-6) Pearson Ki-kare testi sonucunda bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (x^2=13,748; p=0,001). Bu, başvuru davranışı ile GGK testi yapılma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.



Şekil 6: ASM başvuru durumuna göre GGK tarama durumunun değerlendirilmesi

4.8.4.1. Gaitada Gizli Kan (GGK) Taraması ile İlişkili Faktörler

Çalışmaya katılan 50 yaş ve üzeri 96 bireyin %78,1'inin GGK taraması durumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. (Tablo-13) Model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=37,436; p<0,001) ve bağımlı değişkendeki varyansın %45,4'ünü açıklamıştır (Nagelkerke R^2=0,454).

Analiz sonuçlarına göre:

- Cinsiyet, GGK testine katılım üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,043). Erkek olmak, GGK testine katılma olasılığını yaklaşık 4,2 kat artırmaktadır (OR=4,196).

- Yaş, sınırda anlamlılık düzeyinde bulunmuştur (p=0,086). Her bir yaş artışı GGK testine katılım olasılığını yaklaşık 1,1 kat artırmaktadır (OR=1,095).

- Öğrenim durumu, sınırda anlamlılık göstermiştir (p=0,091). Daha yüksek öğrenim düzeyine sahip olanlarda GGK testine katılım olasılığı yaklaşık 3,3 kat fazladır (OR=3,253).

Medeni durum, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık öyküsü, ASM/PSM bilgisi ve sağlık arama davranışları, sağlık algısı toplam puanı GGK testine katılım üzerinde anlamlı etki göstermemiştir (p>0,05).

Tablo 13: 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde GGK Taraması Yaptırma Durumunu Etkileyen Faktörler

Modeldeki Değişkenler	**Beta**	**Standart hata**	**p**	**OR**	**%G5 GA (Alt-Üst)**
Cinsiyet	1,434	0,709	0,043*	4,196	1,05 – 16,8
Yaş	0,091	0,053	0,086	1,095	0,99 – 1,22
Öğrenim durumu	1,179	0,698	0,091	3,253	0,82 – 12,8
Medeni durum	0,585	0,913	0,521	1,795	0,30 – 10,6
Kronik hastalık	0,008	1,007	0,994	1,008	0,14 – 7,1
Ailede hastalık öyküsü	0,871	1,265	0,491	2,390	0,19 – 29,2
ASM/PSM bilgisi	1,072	0,709	0,131	2,922	0,73 – 11,6
Sağlık algısı toplam puan	-0,057	0,074	0,440	0,944	0,81 – 1,10
Online Sağlık arama	0,058	0,075	0,536	1,067	0,91 – 1,25
Profesyonel Sağlık arama	-0,014	0,179	0,938	0,986	0,69 – 1,40
Geleneksel Sağlık arama	0,012	0,100	0,904	1,012	0,83 – 1,23

4.8.5. Labaratuvar tetkikleri kullanımı

ASM'ye başvuru sıklığı ile laboratuvar tetkiki yaptırma durumu arasındaki ilişki Tablo 14'te gösterilmiştir. İki ve daha fazla kez başvuranların %87,9'u laboratuvar tetkiki yaptırırken, iki defadan az başvuranlarda bu oran %75,8'de kalmıştır. Buna karşılık laboratuvar tetkiki yaptırmayanların oranı iki defadan az başvuranlarda %24,2 iken, düzenli başvuru yapanlarda %12,1'dir.

Yapılan Ki-Kare analizi sonucunda, ASM'ye başvuru sıklığı ile laboratuvar tetkiki yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (χ^2=8,942, sd=1, p=0,003).

Tablo 14: ASM başvurusuna göre laboratuvar tetkiklerinin kullanımının değerlendirilmesi

Başvuru durumu	**Laboratuvar tetkiki yaptıran n (%)**	**Laboratuvar tetkiki yaptırmayan n (%)**	**Toplam n**
2'den az başvuru	94 (75,8%)	30 (24,2%)	124
2 ve üzeri başvuru	218 (87,9%)	30 (12,1%)	248
Toplam	312 (83,9%)	60 (16,1%)	372

Ki-Kare testi: x^2=8,G42, sd=1, p=0,003

4.8.5.1. Labaratuvar Tetkiki ile İlişkili Faktörler

372 katılımcının verileri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=105,516; p<0,001) ve laboratuvar tetkiki yaptırma durumundaki varyansın %42,1'ini açıklamıştır (Nagelkerke R^2=0,421). (Tablo-15)

- Cinsiyet**,** laboratuvar tetkiki yaptırma üzerinde anlamlı bir etkendir (p=0,019). Kadınlarda laboratuvar tetkiki yaptırma olasılığı erkeklere göre 2,5 kat daha yüksektir (OR=2,491).

- Yaş**,** anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Yaş arttıkça laboratuvar tetkiki yaptırma olasılığı yaklaşık 1,06 kat artmaktadır**.**

- ASM/PSM farkındalığı, en güçlü etkileyen faktörlerden biridir (p=0,001). Bu farkındalığa sahip bireylerin laboratuvar tetkiki yaptırma olasılığı 13,3 kat daha fazladır (OR=13,304).

- Online sağlık arama davranışı anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Online arama yapanlarda laboratuvar tetkiki yaptırma olasılığı %17 daha düşüktür (OR=0,832).

- Medeni durum da anlamlı bir etkendir (p<0,001). Evli bireylerin laboratuvar tetkiki yaptırma olasılığı, bekâr olanlara göre %84 daha düşüktür (OR=0,165).

Buna karşın, öğrenim durumu (p=0,074), kronik hastalık varlığı (p=0,178), ailede kronik hastalık öyküsü (p=0,961), profesyonel sağlık arama (p=0,236) ve geleneksel sağlık arama davranışlarının (p=0,635) laboratuvar tetkiki yaptırma üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır.

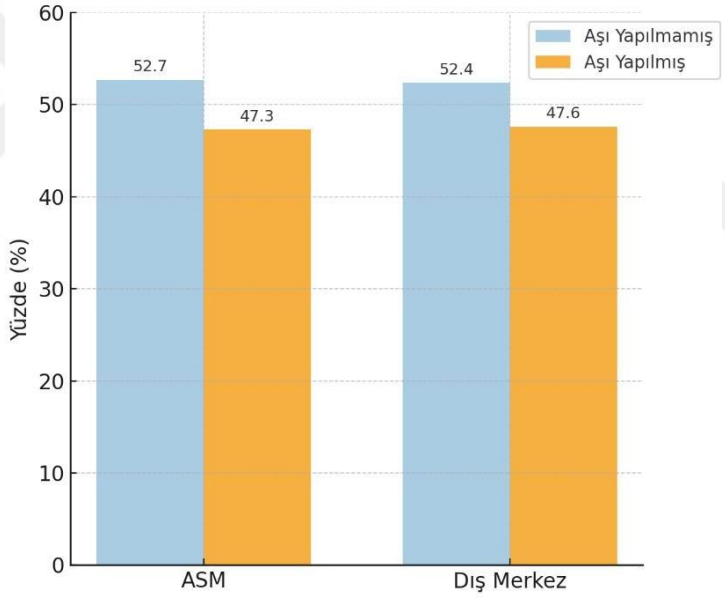
Tablo 15: Laboratuvar Taraması Yaptırma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

Modeldeki Değişkenler	**Beta**	**Standart hata**	**p**	**OR**	**%G5 GA (Alt-Üst)**
Cinsiyet	0,913	0,390	**0,01G**	2,491	1,16 – 5,35
Yaş	0,062	0,020	**0,002**	1,064	1,02 – 1,11
Öğrenim durumu	0,911	0,510	0,074	2,487	0,92 – 6,76
Medeni durum	-1,803	0,368	**<0,001**	0,165	0,08 – 0,35
Kronik hastalık	0,546	0,405	0,178	1,726	0,78 – 3,82
Ailede KH öyküsü	0,018	0,380	0,961	1,019	0,48 – 2,14
ASM/PSM bilgisi	2,588	0,801	0,001	13,304	2,77 – 63,9
Online SA	-0,184	0,042	**<0,001**	0,832	0,77 – 0,90
Sağlık Algısı Toplam Puan	-0,019	0,040	0,630	0,981	0,91 – 1,06
Profesyonel Sağlık arama	0,105	0,089	0,236	1,111	0,93 – 1,32
Geleneksel Sağlık arama	-0,034	0,072	0,635	0,966	0,84 – 1,12

4.9. Katılımcıların Bağışıklama Hizmetlerine Katılımının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan 372 bireyin 196'sı (%52,7) ASM'de aşı yaptırmamış, 176'sı (%47,3) ise ASM'de en az bir aşı yaptırmıştır. Dış merkezlerde aşı yaptırmayanların sayısı 195 (%52,4), yaptıranların sayısı ise 177 (%47,6) olarak belirlenmiştir. Hem ASM'de hem de dış merkezde aşı yaptırmayanların oranı %26,3, yalnızca dış merkezde aşı yaptıranların oranı %26,3, yalnızca ASM'de aşı yaptıranların oranı %26,1, her iki merkezde de aşı yaptıranların oranı ise %21,2 olarak bulunmuştur. (Tablo-16) (Şekil 7)

ASM ve dış merkezde yapılan aşı türü ve yapılma oranları Tablo-17'de verilmiştir.



Şekil 7: ASM ve Dış Merkezde Yapılan Aşılar (n=372)

Tablo 16: Aşı uygulanan merkezler

Hizmet alınan merkez	n	%
Sadece ASM	97	26.1
Sadece Dış Merkez	98	26.3
Her İkisi	79	21.2
Hiçbiri	**G8**	**26.3***

***Karşılanmamış bağışıklık hizmeti %**

Tablo 17: Bağışıklama Hizmeti Kapsamında Yapılan Aşılar

Aşı Türü	ASM'de Yapılan n (%)	Dış Merkezde Yapılan n (%)
COVID-19	97 (26,1%)	165 (44,4%)
Tetanoz	105 (28,2%)	44 (11,8%)
Hepatit B	29 (7,8%)	7 (1,9%)
Grip	25 (6,7%)	10 (2,7%)
Pnömokok	9 (2,4%)	1 (0,3%)
HPV	0 (0%)	1 (0,3%)
Hepatit A	0 (0%)	1 (0,3%)

4.9.1 Bağışıklama Hizmetleri ile İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan 372 bireyin %73,7'si genel aşılarını yaptırdığını, %26,3'ü ise yaptırmadığını belirtmiştir. Değişkenleri incelemek amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. (Tablo-18) Modelin anlamlılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=44,51, sd=18, p<0,001). Modelin açıklayıcılığı Nagelkerke R^2=0,163 olup, değişkenler aşı yaptırma durumundaki varyansın %16,3'ünü açıklamaktadır.

Analiz sonuçlarına göre:

- ASM'de periyodik sağlık muayenelerinin yapıldığını bilme durumu, aşı yaptırma olasılığını anlamlı olarak artırmıştır (OR=2,246, %95 GA=1,102–4,574, p=0,025).
- Sağlık algısı toplam puanı yüksek olan bireylerin aşı yaptırma olasılığı da anlamlı olarak artmıştır (OR=1,091, %95 GA=1,029–1,156, p=0,004).
- Online sağlık arama davranışı puanı yüksek olan bireylerde aşı yaptırma olasılığı artmıştır (OR=1,068, %95 GA=1,008–1,132, p=0,025).
- Dış merkez başvurusu olan bireylerin aşı yaptırma olasılığı, başvurusu olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir (OR=2,652, %95 GA=1,480–4,751, p=0,001).

Cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir algısı, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, ASM'ye başvuru durumu, profesyonel sağlık arama puanı, geleneksel sağlık arama puanı değişkenleri ile aşı yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05)

Modeldeki Değişkenler	Beta	Standart hata	P	OR	%G5 GA (Alt-Üst)
Cinsiyet	0,038	0,314	0,904	1,039	0,562 – 1,919
Yaş	-0,006	0,014	0,671	0,994	0,967 – 1,022
Medeni durum	0,380	0,322	0,238	1,463	0,773 – 2,770
Gelir algısı	0,032	0,368	0,930	1,033	0,501 – 2,130
Çalışma durumu	0,152	0,336	0,641	1,164	0,605 – 2,239
Eğitim	0,603	0,389	0,122	1,827	0,852 – 3,916
Kronik hastalık varlığı	-0,209	0,299	0,484	0,811	0,453 – 1,452
Ailede kronik hastalık varlığı	0,047	0,282	0,867	1,048	0,604 – 1,817
ASM'de PSM yapıldığını bilme	**0,80G**	0,361	**0,025**	**2,246**	**1,102 - 4,574**
ASM'ye başvuru durumu	0,414	0,323	0,200	1,513	0,806 – 2,841
Sağlık algısı toplam puanı	**0,087**	0,030	**0,004**	**1,0G1**	**1,02G - 1,156**
Online sağlık arama puanı	**0,065**	0,029	**0,025**	**1,068**	**1,008 - 1,132**
Profesyonel sağlık arama puanı	-0,024	0,065	0,712	0,976	0,857 – 1,111
Geleneksel sağlık arama puanı	-0,022	0,048	0,643	0,978	0,889 – 1,077
Dış merkez başvurusu varlığı	**0,G75**	0,298	**0,001**	**2,652**	**1,480 - 4,751**

Tablo 18: Bağışıklama Hizmetleri ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

4.10. Katılımcıların Danışmanlık Hizmeti Alma Durumunun Değerlendirilmesi

Araştırmada, başvuru durumuna göre ASM ve DM'de danışmanlık hizmeti alma oranları karşılaştırılmıştır. (Tablo-19) Katılımcılardan ASM'de danışmanlık hizmeti alanların oranı %13,4, yalnızca dış merkezden hizmet alanların oranı ise %0,5'tir. Danışmanlık alan 52 bireyden 41'i aile planlaması (%82,0), 8'i sigara bırakma (%16,0), 1'i ise cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma (%2,0) danışmanlığı almıştır. Dış merkezden danışmanlık alan 2 katılımcının her ikisi de aile planlaması danışmanlığı almıştır. Başvurmayan grubun tamamı (%100) hiçbir merkezden danışmanlık hizmeti almamıştır.

Tablo 1G: Danışmanlık Hizmeti Alma Durumunun Karşılaştırılması

Danışmanlık Alma Durumu		2'den az başvuru n (%)	2 ve daha fazla başvuru n (%)	Toplam n (%)
Dış Merkezde Danışmanlık	_	123 (%99,2)	247 (%99,6)	370 (%99,5)
	+	1 (%0,8)	1 (%0,4)	2 (%0,5)
ASM Danışmanlık	_	124 (%100,0)	198 (%79,8)	322 (%86,6)
	+	0 (%0,0)	50 (%20,2)	50 (%13,4)

4.10.1 Danışmanlık hizmeti ile ilişkili faktörler

Katılımcıların danışmanlık hizmeti alma durumunu etkileyen faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. (Tablo-20) Model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (χ^2=105,516; p<0,001) ve bağımlı değişkendeki varyansın %56'sını açıklamıştır (Nagelkerke R^2=0,565).

Sonuçlara göre;

- Cinsiyet danışmanlık hizmeti alma üzerinde anlamlı bir etkendir (p=0,019). Kadınların danışmanlık hizmeti alma olasılığı erkeklere göre 4,06 kat daha yüksektir**.**

- Yaş anlamlıdır (p=0,021). Yaş arttıkça danışmanlık hizmeti alma olasılığı azalmaktadır (OR=0,941).

- Öğrenim durumu etkili bulunmuştur (p=0,022). Lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların danışmanlık hizmeti alma olasılığı düşük eğitimlilere göre 5,77 kat daha fazladır**.**

- Ailede kronik hastalık öyküsü olan bireylerde danışmanlık alma olasılığı anlamlı şekilde artmıştır (p=0,004; OR=3,877).

- ASM'ye başvuranlarda danışmanlık alma olasılığı 32,4 kat daha yüksektir (p=0,001).

- Dış merkezden hizmet alanlarda danışmanlık alma olasılığı 3 kat artmıştır (p=0,044).

- Sağlık algısı toplam puanı anlamlı bulunmuş (p=0,041); puan arttıkça danışmanlık alma olasılığı da artmaktadır (OR=1,143).

- Geleneksel sağlık arama davranışı anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Geleneksel yöntemlere yönelenlerde danışmanlık alma olasılığı 1,45 kat daha yüksektir**.**

Buna karşın, medeni durum, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, online sağlık arama ve profesyonel sağlık arama davranışlarının danışmanlık hizmeti alma üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 20: Danışmanlık Hizmeti ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

Modeldeki Değişkenler	**Beta**	**Standart hata**	**P**	**OR**	**%G5 GA (Alt-Üst)**
Cinsiyet	1,400	0,599	0,019*	4,056	1,25 – 13,12
Yaş	-0,061	0,026	0,021*	0,941	0,89 – 0,99
Medeni durum	0,995	0,631	0,115	2,704	0,79 – 9,32
Gelir durumu	1,897	1,131	0,093	6,667	0,73 – 61,18
Öğrenim durumu	1,753	0,763	0,022*	5,774	1,29 – 25,75
Kronik hastalık	0,627	0,444	0,158	1,872	0,78 – 4,48
Ailede KH öyküsü	1,355	0,475	0,004*	3,877	1,53 – 9,80
ASM'ye başvuru durumu	3,479	1,074	0,001*	32,414	4,06 – 258,9
Dış merkez	1,101	0,546	0,044*	3,007	1,03 – 8,77
Sağlık algısı toplam	0,134	0,066	0,041*	1,143	1,01 – 1,29
Online Sağlık Arama	0,024	0,049	0,620	1,025	0,93 – 1,13
Profesyonel Sağlık Arama	0,275	0,146	0,060	1,317	0,99 – 1,76
Geleneksel Sağlık Arama	0,372	0,100	<0,001*	1,450	1,19 – 1,77

5. TARTIŞMA

5.1. Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı (KSHİ) ve Literatürle Karşılaştırma

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık sistemine en kolay erişim sağladığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu temel yapı taşlarından biridir. Çalışmamızda, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kayıtlı erişkin bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, başvuru davranışları çerçevesinde incelenmiş ve özellikle karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı (KSHİ) bağlamında değerlendirilmiştir. Bulgularımız, bireylerin ASM'ye veya dış merkezlere başvurmalarına rağmen KSHİ oranlarının belirgin şekilde yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum, sağlık hizmetine erişimin yalnızca fiziksel ulaşılabilirlikle değil, aynı zamanda hizmetin niteliği, sürekliliği ve bireylerin algıladığı fayda ile de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

KSHİ, bireylerin gerekli gördüğü veya sağlık profesyonelleri tarafından önerilen sağlık hizmetlerine çeşitli nedenlerle ulaşamaması olarak tanımlanmakta olup, sağlık sistemlerinin etkinliği, adaleti ve erişilebilirliğinin değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir [12], [54]. Penchansky ve Thomas'ın erişim modeline göre, sağlık hizmetlerine erişim yalnızca fiziksel ulaşımı değil; uygunluk, karşılanabilirlik, kabul edilebilirlik, ulaşılabilirlik ve hizmetin varlığını da kapsamaktadır [54]. Benzer şekilde Andersen'in davranışsal sağlık hizmeti kullanım modeli, hizmet kullanımını çok boyutlu bir süreç olarak ele almakta; özellikle algılanan ihtiyaçların karşılanmaması durumunda bireylerin hizmet kullanmayı bırakabileceğini vurgulamaktadır [12].

Türkiye özelinde yapılan araştırmalar da bu bulgularla uyumludur. Başar'ın (2021) çalışmasında, bireylerin yaklaşık dörtte birinin son bir yıl içinde KSHİ yaşadığı ve en sık nedenlerin bekleme süresi, maliyet ve ulaşım sorunları olduğu bildirilmiştir [66]. Yetim ve Çelik (2020), ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmetine erişemeyenlerin oranını %13,2 olarak saptamış, bu oranın özellikle kadınlarda daha yüksek olduğunu belirtmiştir [67]. OECD verileri de Türkiye'de KSHİ oranlarının Avrupa ortalamasının üzerinde olduğunu göstermektedir [68]. Uluslararası düzeyde OECD'nin 2023 raporuna göre, üye ülkelerde ortalama %17'lik bir nüfus finansal, coğrafi veya organizasyonel nedenlerle gerekli sağlık hizmetine erişememektedir [68]. WHO'nun (2016) "insan merkezli sağlık hizmetleri" yaklaşımı da fiziksel erişimin yeterli olmadığını, bireylerin ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması gerektiğini vurgulamaktadır [69]. Dolayısıyla çalışmamızdaki yüksek KSHİ oranları, ulusal ve uluslararası literatürle uyumlu olup, birinci basamak hizmetlerin mevcut kapasite ve işleyiş sorunlarını yansıtmaktadır.

KSHİ'nin yüksekliği yalnızca bireylerin sağlık hakkının ihlali değil, aynı zamanda sağlık sistemleri için de ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Karşılanmamış ihtiyaçlar, kronik hastalıkların düzenli izlenememesi, komplikasyonların erken fark edilememesi, önlenebilir mortalite ve morbiditenin artışı gibi halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Ayrıca tedavi edici hizmetlere olan talebin artması, sağlık sisteminin mali yükünü yükseltmekte ve kaynakların verimli kullanımını zorlaştırmaktadır[68] . Bu nedenle KSHİ'nin azaltılması hem bireylerin sağlık hakkının güvence altına alınması hem de sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir.

Çalışmamızda ayrıca, sağlık algısı ve sağlık arama davranışlarının KSHİ üzerinde önemli bir belirleyici olduğu görülmüştür. Sağlık algısı ve sağlık arama davranışı yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine daha iyi entegre oldukları ve KSHİ oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, bireysel farkındalık ve motivasyonun ASM'ye düzenli başvuruyu ve hizmet kullanımını doğrudan etkilediğini göstermektedir. Yaman ve Atalay'ın (2020) çalışması da benzer biçimde, sağlık algısının artmasının sağlık arama davranışını olumlu etkilediğini ortaya koymuştur [70]. Uluslararası düzeyde Levesque ve arkadaşları (2013), sağlık hizmetine erişim modelinde algılanan ihtiyaç, motivasyon ve sağlık okuryazarlığını kritik faktörler olarak tanımlamış [71]; Choi ve Kim (2021) ise yaşlı Koreli kadınlarda sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının karşılanmamış ihtiyaçlarla yakından ilişkili olduğunu göstermiştir [72]. Bulgularımız, bu modeller ve literatürle tam bir uyum içindedir.

Çalışmamızın güçlü yönlerinden biri, KSHİ'nin yalnızca sosyoekonomik ve erişim faktörleriyle değil, bireylerin sağlık algısı ve sağlık arama davranışlarıyla da ilişkilendirilmesidir. Bu yönüyle araştırmamız, literatürde sınırlı biçimde ele alınan bir boyutu ön plana çıkarmakta ve hem ulusal hem de uluslararası düzeyde özgün katkı sunmaktadır.

5.2. Başvuru Durumu ve Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacı (KSHİ)

5.2.1. Herhangi Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuru ile KSHİ İlişkisi

Çalışmamızda elde edilen bulgular, bireylerin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusunun KSHİ açısından kritik bir belirleyici olduğunu göstermektedir. ASM veya dış merkeze başvuran bireylerde KSHİ oranı daha düşüktür. Düzenli sağlık başvurusu yapmayanlarda ise oran belirgin şekilde artmıştır. Bu bulgu, sağlık hizmetine ilk temasın önemini vurgulamakta ve özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarının rolünü öne çıkarmaktadır.

Literatürde de benzer bulgular yer almaktadır. Başar'ın (2021) Türkiye örnekleminde yaptığı çalışmada, sağlık kuruluşuna erişim sağlamayan bireylerde KSHİ oranı %40'ın üzerinde iken, düzenli başvuranlarda bu oran anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur [66]. OECD (2023) verileri de maliyet, mesafe ve bekleme süreleri nedeniyle sağlık kuruluşuna erişimin sınırlı olduğu ülkelerde KSHİ oranlarının ortalamanın üzerinde seyrettiğini ortaya koymaktadır [68].

Bu durum, Andersen'in davranışsal modeli ile de açıklanabilir. Sağlık hizmetine başvuru yalnızca "ihtiyaç faktörleri" (mevcut hastalık, algılanan sağlık sorunu) nedeniyle değil; aynı zamanda "olanak sağlayan faktörler" (ekonomik durum, hizmetin erişilebilirliği) ve "eğilim faktörleri" (sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı) tarafından da şekillendirilmektedir [12]. Sağlık sistemine düzenli başvuru yapan bireylerin ihtiyaçlarının karşılanma olasılığı da artmaktadır.

Özellikle ASM'lerin rolü kritik olmakla birlikte, hastaneler ve diğer dış merkezlere başvuruların da KSHİ'yi azaltıcı bir etkisi olduğu görülmektedir. Hayran (2024), birinci

basamak ile ikinci–üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yeterince bütünleşik çalışmamasının KSHİ'yi artırdığını belirtmiştir [73]. Sonuç olarak, çalışmamız ASM veya dış merkez ayrımı gözetmeksizin, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurunun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında temel bir eşik olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, literatürde sıklıkla vurgulanan erişim sorunlarının ötesinde, ilk temasın kendisinin KSHİ açısından kritik bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

5.2.2. ASM'ye Düzenli Başvuru ile KSHİ İlişkisi

Çalışmamızda ASM'ye düzenli başvuran bireylerde sağlık hizmetlerinin karşılanma oranı daha yüksek bulunmuş, başvuru yapmayanlarda ise KSHİ oranları anlamlı şekilde daha yüksek tespit edilmiştir. Bu durum, birinci basamağın sağlık sistemine entegrasyonda kritik rol oynadığını göstermektedir.

Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Hone ve Atun'un (2017) Türkiye'deki aile hekimliği reformlarını incelediği çalışmada, ASM modeline geçişin birinci basamak kullanımını artırdığı ve kronik hastalık takibinde önemli kazanımlar sağladığı belirtilmiştir [74]. Şahin'in (2017) Marmara Üniversitesi'nde yaptığı uzmanlık tezinde ise kronik hastalığı olan bireylerin ikinci basamağa göre daha yüksek oranda ASM'de takip edildiği ve düzenli başvuranların %80,9'unun ASM hizmetlerinden memnun olduğu bildirilmiştir [75].

Buna karşın, literatürde ikinci basamağa yönelimin özellikle tanısal hizmetler ve daha kapsamlı tetkik gerektiren durumlarda arttığı rapor edilmiştir. Gümüş ve Güngörmüş'ün (2020) çalışmasında da ikinci basamağa başvuran hastaların birinci basamağı daha az kullandığı gösterilmiştir [76]. Çalışmamızda da smear, mamografi ve kolorektal kanser (GGK) taramalarında ASM'ye kıyasla ikinci basamağın daha fazla tercih edilmesi bu bulguyu desteklemektedir.

Dolayısıyla ASM'nin temel hizmetlerde güçlü olduğu, ancak ileri tarama ve tanı hizmetlerinde kapasite sorunları yaşadığı söylenebilir. Bu yönüyle çalışmamız, birinci basamağın güçlü ve zayıf yönlerini aynı anda ortaya koyarak literatüre özgün katkı sağlamaktadır.

5.2.3. Başvuru Davranışı ve Hizmetlerden Yararlanma

ASM'ye düzenli başvuran bireylerin, periyodik sağlık muayeneleri (PSM), danışmanlık ve rutin takip hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları görülmüştür. Bu bulgu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin süreklilik ilkesini desteklemektedir. Ancak buna rağmen smear testi, gaitada gizli kan (GGK) taraması ve bazı laboratuvar tetkikleri gibi belirli koruyucu hizmetlerde eksikliklerin devam ettiği saptanmıştır.

Yerli literatürde de ASM'ye başvuru nedenleri incelenmiş ve reçete yenileme ile muayenenin öne çıktığı gösterilmiştir. İlhan (2006) çalışmasında bireylerin ASM'ye en sık poliklinik muayenesi ve reçete yazdırma amacıyla başvurdukları, koruyucu hizmetlerden yararlanımın kıyasla daha düşük olduğu bildirilmiştir [77]. Bu bulgu, çalışmamızda da görüldüğü üzere, başvuru sıklığının yüksek olmasına rağmen koruyucu hizmetlerin kullanımının sınırlı kalmasının KSHİ üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Uluslararası literatürde de benzer şekilde, Avrupa'daki tarama programlarının katılım oranlarının güçlü birinci basamak yapısına rağmen beklenen düzeyin altında olduğu bildirilmiştir. Örneğin OECD (2023) raporunda, meme ve kolorektal kanser taramalarının kanıt düzeyi yüksek olmasına rağmen katılım oranlarının ülkeler arasında %40–70 arasında değiştiği belirtilmiştir [67]. Bu durum, yalnızca sağlık kuruluşuna başvurunun yeterli olmadığını; etkin bir tarama ve danışmanlık hizmeti sunumu için sağlık okuryazarlığının artırılması, sistematik hatırlatma mekanizmalarının kullanılması ve hekim-hasta iletişiminin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.2.4. Başvuranların Avantajları ve Başvurmayanların Sebepleri

ASM'ye düzenli başvuranların en önemli avantajı, periyodik sağlık muayeneleri, laboratuvar tetkikleri ve danışmanlık hizmetlerinden daha yüksek oranda yararlanmalarıdır. Çalışmamızda ASM'ye başvuranlarda tansiyon ölçümü, laboratuvar tetkikleri ve aşılanma oranları daha yüksektir. Bu bulgu, ASM'nin özellikle koruyucu hizmetlere erişimi kolaylaştırıcı rolünü ortaya koymaktadır.

Buna karşılık, ASM'ye başvurmayan bireylerde KSHİ oranları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ASM'ye başvurmayan bireylerin önemli bir kısmı sağlık durumlarıyla ilgili herhangi bir ihtiyaç hissetmediklerini belirtmiştir. Bu durum, özellikle

asemptomatik dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine başvurunun yetersiz kaldığını ve bireylerin sağlık hizmetini daha çok hastalık temelli algıladıklarını göstermektedir. Katılımcıların yarısından fazlasının doğrudan devlet veya özel hastanelere başvurma eğiliminde olması, birinci basamağın bypass edilerek ikinci basamak hizmetlere yönelme alışkanlığını ortaya koymaktadır. Ayrıca katılımcıların bir kısmı çalışma saatleri nedeniyle ASM'ye başvuramadıklarını ifade etmiş, bu da sağlık hizmetine erişimde yapısal engellerin (zaman uyumsuzluğu, esnek olmayan çalışma koşulları) önemli bir rol oynadığını göstermiştir.

ASM'ye başvurmayanlarda periyodik sağlık muayenelerine ilişkin bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu da belirlenmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı PSM'yi duyduğunu ifade etmiş olsa da yalnızca küçük bir kısmı doğru şekilde tarif edebilmiştir. Bu bulgu, bilgi eksikliğinin başvuru davranışını sınırlayan en önemli faktörlerden biri olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur. Öner ve ark. (2022) çalışmasında, katılımcıların periyodik sağlık muayenesi (PSM) bilinirliliğinin yalnızca %18,8 olduğu ve kanser taramaları konusunda bilgi oranının %55,2'de kaldığı bildirilmiştir [78]. Bu bulgular, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığın düşük olduğunu ve ASM'nin daha çok tedavi ve rapor-reçete amaçlı kullanıldığını göstermektedir.

Benzer biçimde, Chapman (2022) düşük gelirli bireylerde sağlık hizmetine başvurmama oranlarının daha yüksek olduğunu, bunun hem bilgi eksikliği hem de yapısal engellerle ilişkili olduğunu bildirmiştir [75]. Ulusal veriler de bu bulguları desteklemektedir. TÜİK (2022) Sağlık Araştırması'na göre, bireylerin ASM'ye başvurmama nedenleri arasında en sık olarak "hastaneyi tercih etme", "ASM'de sunulan hizmetlerden haberdar olmama" ve "ASM'yi yetersiz bulma" yer almaktadır [79].

Uluslararası literatürde ise bekleme süreleri, maliyet ve sağlık hizmetine güvensizlik öne çıkan engeller olarak bildirilmiştir [67]. Bu sonuçlar, yalnızca bireysel farkındalık eksikliklerinin değil, aynı zamanda sosyoekonomik ve yapısal faktörlerin de başvuru davranışını şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda başvurmayanlarda saptanan yüksek KSHİ oranı, bu teorik çerçeveyle uyumlu olup, bireysel ve yapısal engellerin birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

5.3. Sosyodemografik Özellikler ve Cinsiyet Farkı

Çalışmamızda ASM'ye başvuranların çoğunluğunu kadınların oluşturması, Türkiye'de ve uluslararası literatürde bildirilen eğilimlerle uyumludur. Kadınların sağlık hizmetine daha fazla başvurmalarının ardında üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile içindeki sağlık sorumluluklarını üstlenmeleri ve sağlık davranışlarını daha öncelikli görmeleri gibi nedenler bulunmaktadır[79] Ancak bu durum tek başına bir avantaj olarak değerlendirilmemelidir. Nitekim literatürde kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı bildirdikleri, bu nedenle sık başvuruya rağmen hizmetlerin niteliği ve kapsamı açısından sorunların devam ettiği vurgulanmaktadır [5]. Bu çelişki, kadınların hizmet kullanımında görünürde avantajlı olmalarına rağmen, sistemin ihtiyaçlarını tam karşılayamadığını göstermektedir.

Öte yandan, erkeklerin ASM'ye başvuru oranlarının düşük olması da dikkat çekicidir. Erkeklerin sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarının ardında sağlık algısının düşük olması, hizmetleri kadın merkezli görmeleri, iş gücü nedeniyle zaman kısıtlılıkları ve sağlık davranışlarını ikinci plana atmaları gibi faktörler bulunmaktadır. Uluslararası literatür bu tabloyu güçlü biçimde desteklemektedir. Rata Mohan (2025), çok ülkeli çalışmasında erkeklerin kadınlara kıyasla sağlık hizmetini daha az kullandıklarını, bu durumun toplumsal roller, geleneksel maskülenlik normları ve yardım arama davranışına yönelik kültürel baskılarla yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir.[80] Benzer şekilde Chavalala ve ark. (2025), Güney Afrika'da erkeklerin sağlık kuruluşlarına başvurmaktan kaçınmalarında mahremiyet eksikliği, kendi kendine tedavi eğilimi ve kültürel değerlerin belirleyici olduğunu göstermiştir[81]. Mokua ve ark. (2024) ise Kenya'da erkeklerin sağlık hizmetini genellikle "son çare" olarak gördüğünü; uzun bekleme süreleri, iş gücü kaynaklı zaman kısıtlılıkları ve erkeklere özel sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin başvuru oranlarını azalttığını vurgulamıştır. [82]Bu durum, erkeklerde hipertansiyon, diyabet ve prostat kanseri gibi sık görülen sağlık sorunlarının erken tanısında gecikmelere, dolayısıyla daha yüksek kronik hastalık yüküne ve erken ölümlere yol açabilmektedir.

Yaş grupları açısından bakıldığında, orta yaş grubunun sağlık hizmeti kullanımında daha belirgin olduğu görülmektedir. Bu dönem, artan sağlık hizmeti ihtiyacına karşın iş yükü

ve aile sorumlulukları nedeniyle hizmete erişimde güçlüklerin sık yaşandığı bir evre olarak tanımlanmaktadır [70]. İleri yaşlarda ise KSHİ'nin daha yüksek olduğu, özellikle ekonomik kısıtlılıklar ve hareket kabiliyetindeki azalmaların erişimi olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu durum, yaşlı ve dezavantajlı gruplara yönelik hedeflenmiş müdahalelerin sağlık sisteminde yeterince güçlü olmadığını göstermektedir.

Sonuç olarak, kadın cinsiyet ve orta yaş grubunun sağlık hizmeti kullanımında öne çıkan sosyodemografik belirleyiciler olduğu görülmektedir. Kadınların ASM'ye daha sık başvurması sağlık sistemine erişimde bir avantaj gibi görünse de yüksek KSHİ oranları bu avantajın sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Erkeklerin düşük başvuru oranları ise erken tanı ve düzenli takip açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. Bu bağlamda, ASM'lerde erkek sağlığına yönelik özel programların sınırlı olması önemli bir eksikliktir. WHO'nun 2018'de yayımladığı erkek sağlığı strateji raporu da erkeklerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmaya yönelik hedeflenmiş stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır[83] .

5.4. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar

Çalışmamızda smear, mamografi ve GGK testlerinde katılım oranlarının düşük olduğu ve bu durumun karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacına işaret ettiği görülmüştür. Düzenli ASM başvurusu katılımı artırsa da tek başına yeterli olmamaktadır. Ulusal ve uluslararası literatürde de benzer şekilde, tarama programlarının kanıt düzeyine rağmen katılım oranlarının hedeflenen düzeyin altında kaldığı bildirilmektedir [84], [85], [86], [87]

Smear ve mamografi taramalarındaki düşük katılım, yalnızca bireysel farkındalık eksiklikleriyle değil, aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinde muayene odalarının uygun olmaması, kit temininde yaşanan sorunlar, sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü ve ASM–KETEM entegrasyonundaki aksaklıkların koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında temel engeller rol oynamaktadır. Örneğin, Etçioğlu ve ark. (2021) tarafından yapılan nitel çalışma, aile hekimlerinin yeterli muayene odası bulunmaması ve artan iş yükü nedeniyle bu hizmetlerin düzenli sunumunu zorlaştırdığını ortaya koymuştur.[88] Özellikle mamografi çekiminin ASM'de yapılamaması, KETEM iş birliğinde yaşanan koordinasyon sorunları ve hastaların ikinci–üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında bu hizmete daha hızlı ulaşabilmeleri, dış merkez tercihlerini artıran başlıca nedenlerdir.

Kültürel faktörler de bu tabloya eklenmektedir. WHO'nun rahim ağzı kanseri eliminasyon stratejisi (2020), birçok toplumda evli kadınlarda eş onayı, mahremiyet kaygısı ve utanma gibi nedenlerin smear testine katılımı azaltabildiğini vurgulamaktadır [89]. Çalışmamızda ise evli kadınlarda katılım oranlarının daha yüksek bulunması, Türkiye'de ailevi sorumluluklar nedeniyle evli kadınların sağlık hizmetlerine daha fazla başvurmasını yansıtıyor olabilir. Dolayısıyla, kültürel bariyerlerin bağlama özgü farklı düzeylerde etkili olabileceği söylenebilir.

GGK testinde erkeklerde katılımın daha yüksek bulunması da dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum, ASM'de kadınlara daha çok smear ve mamografi yönlendirmesi yapılırken GGK testinin geri planda kalmasından kaynaklanabilir. Literatürde de tarama programlarının cinsiyete göre yönlendirme farklılıklarının katılımı şekillendirdiği belirtilmektedir [90], [91].

Sonuç olarak, smear, mamografi ve GGK testlerinde karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı belirgin düzeydedir. Bu tabloyu azaltmak için ASM–KETEM entegrasyonunun güçlendirilmesi, fiziksel altyapı ve kit yetersizliklerinin giderilmesi, kültürel engelleri aşmaya yönelik farkındalık çalışmaları yapılması ve GGK testinin her iki cinsiyete eşit şekilde vurgulanması önemlidir.

5.5. Bağışıklama Hizmetleri

Çalışmamızda erişkin bağışıklama oranlarının istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Ulusal raporlar erişkin aşılama oranlarının düşük olduğunu vurgulamaktadır [92][93]. Ayrıca COVID-19 pandemisi sonrası gelişen aşı tereddüdü bu oranları daha da olumsuz etkilemiştir [94]. Bulgularımız ASM'de PSM yapıldığını bilen, sağlık algısı yüksek olan ve çevrim içi sağlık arama davranışı güçlü olan bireylerde aşı yaptırma olasılığının anlamlı olarak arttığını göstermektedir. Bunun yanında dış merkezlere başvuran bireylerde aşılanma olasılığının daha yüksek bulunması, ASM sisteminde erişkin bağışıklamanın yeterince görünür olmadığını düşündürmektedir.

5.6. Danışmanlık Hizmetleri

Çalışmamızda danışmanlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Özellikle ASM'ye başvurmayan bireylerin neredeyse hiç danışmanlık almadıkları dikkat çekmektedir. Bulgularımız kadınların, lise ve üstü eğitimlilerin ve ailede kronik hastalık öyküsü olanların danışmanlık hizmetinden daha fazla yararlandığını, ayrıca ASM'ye düzenli başvuranlarda danışmanlık alma olasılığının belirgin şekilde arttığını ortaya koymaktadır.

Uluslararası literatür, kısa süreli danışmanlıkların bile davranış değişikliğinde etkili olduğunu göstermektedir. Cochrane (2016) derlemesi, sigara bırakma ve riskli davranışların azaltılmasında kısa müdahalelerin etkili olduğunu ortaya koymuştur [70]. NICE (2013) kılavuzu da bireysel danışmanlık yaklaşımlarının sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve sigara bırakma davranışlarında olumlu sonuçlar verdiğini vurgulamaktadır [71]. WHO'nun sağlık davranışlarının geliştirilmesine yönelik raporları ise (WHO, 2020) danışmanlık hizmetlerinin birinci basamakta erişilebilir ve sürdürülebilir hale getirilmesinin kritik önem taşıdığını belirtmektedir [72]. Ancak Türkiye'de danışmanlık hizmetlerinin düşük düzeyde kalması, sağlık personelinin iş yükü ve hizmetlerin tedavi odaklı yürütülmesi ile ilişkilendirilmiştir[88].

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma belirli kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Öncelikle, çalışma tek merkezli olup yalnızca belirli bir coğrafi bölgede yürütülmüştür. Bu durum, elde edilen bulguların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Farklı bölgelerde farklı sosyodemografik özellikler ve sağlık hizmetlerine erişim koşulları bulunabileceğinden, sonuçların tüm ülkeye doğrudan yansıtılması mümkün olmayabilir.

İkinci olarak, veriler katılımcıların kendi beyanlarına dayanmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti kullanımına ve sağlık algısına ilişkin verilerde hatırlama yanlılığı veya sosyal kabul yanlılığı etkili olmuş olabilir.

Üçüncü olarak, çalışmada kesitsel araştırma deseni kullanılmıştır. Bu nedenle, elde edilen bulgular yalnızca ilişkileri ortaya koyabilmekte, nedensellik konusunda kesin sonuçlar vermemektedir.

Son olarak, periyodik sağlık muayeneleri ve bazı tarama hizmetlerine katılım oranları değerlendirilmiş olsa da hizmetin kalitesi, sağlık çalışanlarının yaklaşımları ve bireylerin uzun dönemli sağlık sonuçları gibi boyutlar bu çalışmada incelenememiştir.

6.SONUÇ

Çalışmamızda elde edilen bulgular, birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının (KSHİ) önemli boyutlarda olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle erkekler, ASM başvurularında daha düşük katılım gösterdikleri için KSHİ açısından hassas grup olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle erkeklerle ASM'de gerçekleşen her temas, bilgilendirme ve tarama hizmetleri için kritik bir fırsat olarak görülmelidir.

Katılımcıların önemli bir kısmı periyodik sağlık muayeneleri (PSM) hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmesine rağmen, bu bilgiyi doğru aktaranların oranı oldukça düşüktür. Ayrıca, PSM'nin ASM'lerde verildiğini bilen bireylerde başvuru olasılığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle PSM bilgilendirmelerinin daha doğru, sistematik ve etkili şekilde yapılması, ASM hizmetlerine katılımı artıracak önemli bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

Çalışmamızda sağlık algısı ve profesyonel sağlık arama davranışının başvuru üzerinde anlamlı etkileri olduğu görülmüştür. Bu durum, bireylerin sağlık sistemine yaklaşımında algı ve davranışların belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu nedenle profesyonel sağlık arama davranışına yönelik bariyerlerin motivasyonel görüşmeler aracılığıyla aşılması, hizmetlere katılımı destekleyebilir.

ASM'ye başvurmayan katılımcıların bir kısmı çalışma saatlerini engel olarak belirtmiştir. Bu bulgu, yapısal engellerin KSHİ üzerinde kritik rol oynadığını göstermektedir. Dolayısıyla, ASM'lerde esnek mesai uygulamaları ve teletıp hizmetlerinin danışmanlık ve bilgilendirme amaçlı kullanılması, erişimi kolaylaştıracak etkili çözümler olabilir.

Son olarak, tarama, bağışıklama ve danışmanlık hizmetlerinin görünürlüğünün artırılması ve ASM–KETEM entegrasyonunun güçlendirilmesi, KSHİ'nin azaltılması açısından öncelikli bir politika hedefi olmalıdır.

7. KAYNAKÇA

[1] "World Health Organization. (2008). Primary Health Care: Now More Than Ever. The World Health Report 2008."

[2] "2. World Health Organization. (2018). Declaration of Astana. Geneva: WHO.".

[3] B. STARFIELD, L. SHI, and J. MACINKO, "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health," *Milbank Q*, vol. 83, no. 3, pp. 457–502, Sep. 2005, doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

[4] "4. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete.".

[5] "Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth, 15(3), 7–9.".

[6] "Gibson, G., & Asthana, S. (2019). Unmet need and inequalities in primary care. Journal of Health Services Research & Policy, 24(1), 44–51".

[7] "Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Sağlık Araştırması 2021. Ankara: TÜİK.".

[8] "World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata. Geneva: WHO.".

[9] L. T. Krogsbøll, K. J. Jørgensen, C. Grønhøj Larsen, and P. C. Gøtzsche, "General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oct. 2012, doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub2.

[10] A. L. Siu, "Screening for High Blood Pressure in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement," *Ann Intern Med*, vol. 163, no. 10, pp. 778–786, Nov. 2015, doi: 10.7326/M15-2223.

[11] D. Mechanic, "More People Than Ever Before Are Receiving Behavioral Health Care In The United States, But Gaps And Challenges Remain," *Health Aff*, vol. 33, no. 8, pp. 1416–1424, Aug. 2014, doi: 10.1377/hlthaff.2014.0504.

[12] R. M. Andersen, “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?,” *J Health Soc Behav*, vol. 36, no. 1, pp. 1–10, Mar. 1995.

[13] M. Gulliford *et al.*, “What does ‘access to health care’ mean?,” *J Health Serv Res Policy*, vol. 7, no. 3, pp. 186–188, Jul. 2002, doi: 10.1258/135581902760082517.

[14] J. E. Carrillo, V. A. Carrillo, H. R. Perez, D. Salas-Lopez, A. Natale-Pereira, and A. T. Byron, “Defining and Targeting Health Care Access Barriers,” *J Health Care Poor Underserved*, vol. 22, no. 2, pp. 562–575, May 2011, doi: 10.1353/hpu.2011.0037.

[15] S. Kangovi, F. K. Barg, T. Carter, J. A. Long, R. Shannon, and D. Grande, “Understanding Why Patients Of Low Socioeconomic Status Prefer Hospitals Over Ambulatory Care,” *Health Aff*, vol. 32, no. 7, pp. 1196–1203, Jul. 2013, doi: 10.1377/hlthaff.2012.0825.

[16] “Sarı, G., Yalçın, E., & Tunç, A. (2021). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılanmamış ihtiyaçlar: Nitel bir analiz. Sağlık ve Toplum, 31(4), 42–50.”.

[17] “Bayram, N., & Yılmaz, M. (2022). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde erişim ve karşılanmamış sağlık gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 25(3), 210–219.”.

[18] “World Health Organization. (2000). Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000. Geneva: WHO”.

[19] J. Frenk, “The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress.,” *PLoS Med*, vol. 7, no. 1, p. e1000089, Jan. 2010, doi: 10.1371/journal.pmed.1000089.

[20] “5. Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth, 15(3), 7–9.”.

[21] “Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). (2018). Conceptual Framework. Retrieved from https://improvingphc.org”.

[22] J. Macinko, B. Starfield, and L. Shi, “Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States,” *International Journal of Health Services*, vol. 37, no. 1, pp. 111–126, Jan. 2007, doi: 10.2190/3431-G6T7-37M8-P224.

[23] “T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.”.

[24] R. Atun *et al.*, “Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity,” *The Lancet*, vol. 382, no. 9886, pp. 65–99, Jul. 2013, doi: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X.

[25] “WONCA Europe. (2002). The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe.”.

[26] J.-K. Soler, I. Okkes, M. Wood, and H. Lamberts, “The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care,” *Fam Pract*, vol. 25, no. 4, pp. 312–317, Aug. 2008, doi: 10.1093/fampra/cmn028.

[27] “T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi Raporu. Ankara.”.

[28] “T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Yönergesi. Ankara.”.

[29] “Göktaş, O., Öcek, Z., & Çiçeklioğlu, M. (2018). Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezleri. Turkish Journal of Family Practice, 22(1), 39–46”.

[30] “WONCA Europe. (2011). WONCA Tree: The European General Practice/Family Medicine Model. WONCA Europe”.

[31] C. Boelen, “Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach,” *Med Educ*, vol. 52, no. 1, pp. 96–102, Jan. 2018, doi: 10.1111/medu.13394.

[32] “T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara.”.

[33] “Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2016). Understanding Health Policy: A Clinical Approach. New York: McGraw Hill.”.

[34] “World Health Organization. (2011). World Report on Disability. Geneva: WHO.”.

[35] Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Allen Hutchinson, and Richard B. Saltman., “Building primary care in a changing Europe.”

[36] “T.C. Resmî Gazete. (1961). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Ankara”.

[37] “T.C. Halk Sağlığı Kurumu. (2015). Periyodik Sağlık Muayenesi Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları”.

[38] “T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) Kullanım Kılavuzu. Ankara.”.

[39] “U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2023). Recommendations for Primary Care Practice. JAMA”.

[40] “Canadian Task Force on Preventive Health Care (CSTF). (2018). Canadian preventive health guidelines. Ottawa: Public Health Agency of Canada.”.

[41] “National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Guidelines: Preventive health and screening. London: NICE”.

[42] “OECD. (2021). Health at a Glance: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.”.

[43] S. F. Jørgensen *et al.*, “Nordic colorectal cancer screening programmes: A comparison of organization, operation, and quality indicators,” *Eur J Cancer*, vol. 222, p. 115444, Jun. 2025, doi: 10.1016/j.ejca.2025.115444.

[44] F. Andre *et al.*, “Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide,” *Bull World Health Organ*, vol. 86, no. 2, pp. 140–146, Feb. 2008, doi: 10.2471/BLT.07.040089.

[45] M. P. O’Donnell, “Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities,” *American Journal of Health Promotion*, vol. 24, no. 1, pp. iv–iv, Sep. 2009, doi: 10.4278/ajhp.24.1.iv.

[46] “A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update,” *Am J Prev Med*, vol. 35, no. 2, pp. 158–176, Aug. 2008, doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009.

[47] “WHO. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization.”.

[48] G. Tober, “Motivational Interviewing: Helping People Change,” *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, no. 3, pp. 376–377, May 2013, doi: 10.1093/alcalc/agt010.

[49] G. Orrow, A.-L. Kinmonth, S. Sanderson, and S. Sutton, “Republished research: Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials,” *Br J Sports Med*, vol. 47, no. 1, pp. 27–27, Jan. 2013, doi: 10.1136/bjsports-2012-e1389rep.

[50] *Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons With Cardiovascular Risk Factors: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]*. 2014.

[51] K. Sørensen *et al.*, “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models,” *BMC Public Health*, vol. 12, no. 1, p. 80, Dec. 2012, doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

[52] D. Nutbeam, “The evolving concept of health literacy,” *Soc Sci Med*, vol. 67, no. 12, pp. 2072–2078, Dec. 2008, doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

[53] N. D. Berkman, S. L. Sheridan, K. E. Donahue, D. J. Halpern, and K. Crotty, “Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review,” *Ann Intern Med*, vol. 155, no. 2, pp. 97–107, Jul. 2011, doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

[54] R. Penchansky and J. W. Thomas, “The Concept of Access,” *Med Care*, vol. 19, no. 2, pp. 127–140, Feb. 1981, doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.

[55] M. Gulliford *et al.*, “What does ‘access to health care’ mean?,” *J Health Serv Res Policy*, vol. 7, no. 3, pp. 186–188, Jul. 2002, doi: 10.1258/135581902760082517.

[56] W. Carr and S. Wolfe, “Unmet Needs as Sociomedical Indicators,” *International Journal of Health Services*, vol. 6, no. 3, pp. 417–430, Jul. 1976, doi: 10.2190/MCG0-UH8D-0AG8-VFNU.

[57] T. Bryant, C. Leaver, and J. Dunn, “Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada,” *Health Policy (New York)*, vol. 91, no. 1, pp. 24–32, Jun. 2009, doi: 10.1016/j.healthpol.2008.11.002.

[58] T. A. Arcury, W. M. Gesler, J. S. Preisser, J. Sherman, J. Spencer, and J. Perin, “The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization among the Residents of a Rural Region,” *Health Serv Res*, vol. 40, no. 1, pp. 135–156, Feb. 2005, doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00346.x.

[59] K. P. Derose, C. R. Gresenz, and J. S. Ringel, “Understanding Disparities In Health Care Access—And Reducing Them—Through A Focus On Public Health,” *Health Aff*, vol. 30, no. 10, pp. 1844–1851, Oct. 2011, doi: 10.1377/hlthaff.2011.0644.

[60] “Chen, J., Hou, F., & Sanmartin, C. (2016). Unmet needs for health care. Health Reports, 27(4), 11–19”.

[61] *Health at a Glance 2019*. OECD, 2019. doi: 10.1787/4dd50c09-en.

[62] “Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Sağlık Araştırması, 2023. Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları. https://data.tuik.gov.tr”.

[63] A. Vural, S. Yılmaz, and S. Urnek, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ile Çalışanların İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi,” *Journal of Health Sciences and Technologies*, vol. 2, no. 1, pp. 1–14, Jan. 2025, doi: 10.32739/hst.2025.2.1.23.

[64] P. Agwu, P. Ogbozor, A. Odii, C. Orjiakor, and O. Onwujekwe, “Private money-making indulgence and inefficiency of primary healthcare in Nigeria: a qualitative study of health workers’ absenteeism,” *Int J Public Health*, vol. 65, no. 7, pp. 1019–1026, Sep. 2020, doi: 10.1007/s00038-020-01405-3.

[65] “Kurt, A., & Demirtaş, H. (2023). Aile sağlığı merkezlerine başvuru sıklığı ve memnuniyet ilişkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 27(1), 58–66. https://doi.org/10.5505/tahd.2023.1190243”.

[66] D. Başar, F. H. Dikmen, and S. Öztürk, “The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey,” *Health Policy (New York)*, vol. 125, no. 6, pp. 786–792, Jun. 2021, doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.006.

[67] B. Yetim and Y. Çelik, “Sağlık Hizmetlerine Erişim: Karşılanmamış İhtiyaçlar Sorunu,” *Toplum ve Sosyal Hizmet*, vol. 31, no. 2, pp. 423–440, Apr. 2020, doi: 10.33417/tsh.630479.

[68] “OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.”.

[69] “World Health Organization (WHO). Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016”.

[70] Z. YAMAN and H. N. ATALAY, “INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL HEALTH PERCEPTION AND HEALTH SEARCH BEHAVIOR AND HEALTH INFORMATION PROCESS,” *The Journal of International Educational Sciences*, vol. 25, no. 25, pp. 189–202, 2020, doi: 10.29228/INESJOURNAL.48852.

[71] J.-F. Levesque, M. F. Harris, and G. Russell, “Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations,” *Int J Equity Health*, vol. 12, no. 1, p. 18, 2013, doi: 10.1186/1475-9276-12-18.

[72] J. A. Choi and O. Kim, “Factors Influencing Unmet Healthcare Needs among Older Korean Women,” *Int J Environ Res Public Health*, vol. 18, no. 13, p. 6862, Jun. 2021, doi: 10.3390/ijerph18136862.

[73] O. Hayran, “Birinci Basamak ve Bütünleşik Sağlık Hizmetleri,” *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, vol. 8, no. 2, pp. 76–82, Aug. 2024, doi: 10.34084/bshr.1501965.

[74] T. Hone, I. Gurol-Urganci, C. Millett, B. Başara, R. Akdağ, and R. Atun, “Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction,” *Health Policy Plan*, vol. 32, no. 1, pp. 57–67, Feb. 2017, doi: 10.1093/heapol/czw098.

[75] “Şahin N, Akman M. Eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran kronik hastalarda takip ve memnuniyet. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2017;21(4):203–210”.

[76] E. ÇİÇEK GÜMÜŞ and Z. GÜNGÖRMÜŞ, "İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURU YAPAN HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ," *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, vol. 23, no. 1, pp. 119–126, Mar. 2020, doi: 10.17049/ataunihem.591226.

[77] "İlhan, M.N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F.N. ve Özkan S. (2006)Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar, Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3): 33-41".

[78] "Karakoyunlu Şen S, Kılıç Öztürk Y. Sağlık Algısı ile Kanser Tarama Farkındalığı Arasındaki İlişki. Türk J Fam Uygulaması. 2020;24(4):175-183.".

[79] "Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Sağlık Araştırması 2022. Ankara: TÜİK Yayınları. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Arastirmasi-2022-45515".

[80] D. S. Rata Mohan *et al.*, "Gender differences in health-seeking behaviour: insights from the National Health and Morbidity Survey 2019," *BMC Health Serv Res*, vol. 25, no. 1, p. 900, Jul. 2025, doi: 10.1186/s12913-025-13020-0.

[81] L. Chavalala, T. R. Lebese, and L. Makhado, "Men's views on factors contributing to their poor health-seeking behaviour in Limpopo Province, South Africa," *BMC Public Health*, vol. 25, no. 1, p. 83, Jan. 2025, doi: 10.1186/s12889-025-21283-9.

[82] S. N. Mokua *et al.*, "'For a man to go to hospital, then that would be his last option': A qualitative study exploring men's experiences, perceptions and healthcare needs in the implementation of Universal Health Coverage in Kenya," *PLOS Global Public Health*, vol. 4, no. 5, p. e0002925, May 2024, doi: 10.1371/journal.pgph.0002925.

[83] "World Health Organization (WHO). Strategy on men's health and well-being in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018".

[84] "International Agency for Research on Cancer (IARC). Cancer screening in the European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon: IARC; 2017".

[85] "European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full Supplement publication," *Endoscopy*, vol. 45, no. 01, pp. 51–59, Dec. 2012, doi: 10.1055/s-0032-1325997.

[86] "OECD. Cancer screening policies and participation rates in OECD countries. Paris: OECD; 2020.".

[87] R. A. Smith *et al.*, “Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening,” *CA Cancer J Clin*, vol. 69, no. 3, pp. 184–210, May 2019, doi: 10.3322/caac.21557.

[88] E. ETÇİOĞLU *et al.*, “Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma,” *Sakarya Medical Journal*, Dec. 2021, doi: 10.31832/smj.893432.

[89] “World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.”.

[90] W. K. Nicholson *et al.*, “Screening for Breast Cancer,” *JAMA*, vol. 331, no. 22, p. 1918, Jun. 2024, doi: 10.1001/jama.2024.5534.

[91] K. W. Davidson *et al.*, “Screening for Colorectal Cancer,” *JAMA*, vol. 325, no. 19, p. 1965, May 2021, doi: 10.1001/jama.2021.6238.

[92] “EKMUD. Türkiye Erişkin Bağışıklama Rehberi. Ankara: EKMUD; 2024”.

[93] “Klimik Derneği. Erişkin aşılama raporları 2017–2023. İstanbul: Klimik Derneği Yayınları; 2023.”.

[94] S. Okay, “COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Various Segments of the Population in Turkey: A Literature Review,” *Vaccines (Basel)*, vol. 13, no. 1, p. 44, Jan. 2025, doi: 10.3390/vaccines13010044.

8. EKLER

EK-1 : ONAM FORMLARI

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BİLGİLENDİRME FORMU)

"Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (EASM) kayıtlı, son iki yıl içerisinde başvurusu bulunmayan,20 yaş ve üzeri bireylerin sağlık arama davranışlarının ve karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi i" başlıklı araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili ve As. Dr. Handenur Tan Doğrusever tarafından yürütülecektir.

Bu araştırmanın amacı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kayıtlı, son iki yıl içerisinde başvurusu bulunmayan,20 yaş ve bireylerin başvurmama sebepleri, sağlık arama davranışlarının ve karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik öneriler sunulmasıdır.

Araştırmada 01.01.2021-01.01.2023 tarihleri arasında 2 yıl boyunca ASM başvurusu bulunmayan 20 yaş ve üzeri bireylerden telefon ile ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul eden tüm kayıtlı bireylere önceden belirlenmiş bazı soruları telefon görüşmesi ile cevaplamaları beklenecektir. Yanıtlara sadece araştırmacılar tarafından ulaşılabilecek ve hiçbir şekilde bireysel veriler açıklanmayacaktır.

Bu çalışmada katılım gönüllülük esası iledir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

SAYGILARIMIZLA

Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili Araştırma Ekibi Adına Araştırma Danışmanı

İKİNCİ BÖLÜM:

KATILIMCININ BEYANI

Sayın Dr. Handenur Tan Doğrusever tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; mesai saatlerinde Dr. Handenur Tan Doğrusever'e hastane telefon ile yahut Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;
Adı-soyadı:
Adresi: (varsa telefon no.)
İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı-soyadı:
İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin; Adı-soyadı:
Görevi:
İmzası:

EK 2: ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz?	1) Erkek 2) Kadın
2. Yaşınız?	
3. Medeni durumu	1) Evli 2) Bekar 3) boşanmış 4) Ayrı yaşıyor
4. Öğrenim durumunuz?	1) Okuryazar değil 2) İlkokul 3)Lise 4) Ön-lisans 5) Lisans 6) Lisansüstü
5. Mesleğiniz	
6. Ailenizin aylık gelir durumu?	
7. Ailenizin yapısı?	1- Çekirdek aile 2- Geniş aile
8. Kimlerle aynı evde barındığınızı belirtiniz?	? 1- Ailemle 2- Akrabalarımla 3-Arkadaşlarımla 4- Yalnız yaşıyorum
9. Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, tansiyon vb)	1) var 2) yok
10. Ailenizde kronik rahatsızlığı olan var mı?	1) var 2) yok
11. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	1) var 2) yok
12. Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız?	1……2……3……4……5……6…….7……..8……9……10
13.Son 2 yılda aile hekiminize başvuru sayınız?	
14.Aile hekiminize başvurmama sebebiniz nedir? (Son 2 yıl için 2 den az başvurusu var ise cevaplanacak)	1)Sağlık durumumla ilgili ihtiyacım olmadı 2)İhtiyaç durumunda Devlet/Özel hastanelere başvururlarım oldu 3)Çalışma saatlerimden dolayı başvuramıyorum 4)Aile hekimimden memnun değilim 5)ASM hizmetlerinden memnun değilim 6)Sağlık taramalarının ve kronik hastalık takiplerinin ASM de yapıldığını bilmiyorum 7)Diğer

EK 3

SAĞLIK ALGISI	**1-Hiç katılmıyorum** **2-Katılmıyorum** **3-Kararsızım** **4-Katılıyorum** **5-Kesinlikle katılıyorum**	**Hiç Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir	1	2	3	4	5
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır	1	2	3	4	5
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir	1	2	3	4	5
12	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	1	2	3	4	5
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK 4

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Faktör1: Online sağlık arama	1	2	3	4	5
1.Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım	1	2	3	4	5
2.Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim	1	2	3	4	5
3.Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.	1	2	3	4	5
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım	1	2	3	4	5
5. Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim	1	2	3	4	5
6.Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.	1	2	3	4	5
Faktör2: Profesyonel sağlık arama	1	2	3	4	5
7. Hastalandığımda hekimine başvuru yaparım.	1	2	3	4	5
8.Hastalığımla ilgili hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
Faktör3: Geleneksel sağlık arama	1	2	3	4	5
10. Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
11. Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim	1	2	3	4	5
12. Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.	1	2	3	4	5