



**FARKLI SOSYO-EKONOMİK DÜZEYLERDE
DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE ETKİSİ**

Mehmet Baki BURSAL

Yüksek Lisans Tezi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

2025

Her hakkı saklıdır.



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FARKLI SOSYO-EKONOMİK DÜZEYLERDE DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE ETKİSİ**

Mehmet Baki BURSAL

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2025

Her hakkı saklıdır

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BEYANNAME.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
TABLOLAR DİZİNİ.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırma Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetleri Sistemleri.....	3
2.1.1. Tanımı, Kapsamı, Temel İlkeleri.....	3
2.2.Sağlık Hizmetleri Sistemlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	4
2.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi.....	5
2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Hedefleri....	6
2.2.3. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunum Modeli...	7
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.....	9
2.3.1. Hizmet Değerlendirmenin Tanımı ve Önemi.....	9
2.3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.....	10
2.3.3. Hasta/Hizmet Alan Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Önemi.....	12
2.4. Halk Sağlığı Hemşireliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri...	14
2.4.1. Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol, İşlev ve Sorumlulukları.....	14
2.4.2. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Birinci Basamaktaki Yeri ve Önemi.....	15
2.4.3. Halk Sağlığı Hemşiresinin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Sürecindeki Rolü.....	16
2.5. Muş İlinin Demografik Özellikleri ve Sağlık Profili.....	17
2.5.1. Muş İlinin Demografik Özellikleri.....	17
2.5.2. Muş İlinin Sosyoekonomik Göstergeleri.....	18
2.5.3. Muş İlinde Sağlık Hizmetleri İstatistiksel Verileri.....	18
3. YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.4. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5. Verilerin Toplanması.....	21
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	22
3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıklar.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	54

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24.12.2025

Mehmet Baki BURSAL

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında emeği geçen, desteğini esirgemeyen ve bana rehberlik eden herkese minnettarlığımı sunarım.

Öncelikle, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU'ya, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaştığı, her aşamada rehberlik ettiği için teşekkür ederim. Sayesinde, bu çalışmanın her adımını daha sağlıklı ve verimli bir şekilde atma fırsatı buldum. Gösterdiğiniz sabır, anlayış ve katkılarınız için minnettarım.

Araştırma sürecim boyunca bana değerli görüş ve önerilerini sunan, yol gösteren diğer akademik danışmanlarıma ve öğretim üyelerime teşekkür ederim. Bu çalışmada bana kattığınız her bir bilgi, benim için büyük bir anlam taşımaktadır.

Çalışmamda katkı sağlayan ve beni cesaretlendiren arkadaşlarım ve meslektaşlarıma da teşekkür etmek isterim. Desteğiniz ve arkadaşlığınız, bana moral kaynağı oldu ve bu zorlu süreçte yalnız hissetmeme engel oldu.

Ailem, özellikle eşim, annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Hep yanımda oldunuz, bana destek verdiniz ve bana her zaman inandınız. Bu tezi tamamlayabilmem için sağladığınız motivasyon ve sevgi, en büyük gücüm oldu.

Son olarak, araştırmamın her aşamasında yardım ve katkı sağlayan tüm kişilere teşekkür ederim. Bu tez, sizin katkılarınızla varlık buldu. Hepinize teşekkür ederim.

24.12.2025

Mehmet Baki BURSAL

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerde Demografik Değişkenlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdiğini belirlemek ve demografik özelliklerin bu değerlendirmeler üzerindeki etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, Muş ilinde sosyoekonomik düzeyi farklı iki aile sağlığı merkezi bölgesinde, Temmuz 2024-Haziran 2025 tarihlerinde yürütülmüştür. Toplam 748 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Değerlendirme Gereci ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi, Mann Whitney U, ANOVA, Kruskal Wallis ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $39,73 \pm 16,32$ 'dir. Katılımcıların yaş ortalaması $39,73 \pm 16,32$ 'dir. Demografik özelliklere göre; erkekler Kültürel Uyum alt boyutu ($p=0,002$), kadınlar ise Hizmetin Koordinasyonu alt boyutundan ($p=0,012$) daha yüksek puan almıştır. Eğitim düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan ve geliri giderinden az olan bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanlar Hizmetten Faydalanma, Hizmete Erişim, Sunulan Hizmetler ve Aile Merkezli Hizmet boyutlarında; evliler ise Hizmete Erişim, Mevcut Hizmetler ve Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım boyutlarında daha yüksek puanlara sahiptir. Bekârlar Kayıt/Bilgi Koordinasyonu'nda daha yüksek puan almıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük Güzeltepe ASM bölgesindeki katılımcıların, Hizmetten Faydalanma, Hizmete Erişim ve genel puanları, Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Sonuç: Bulgular, demografik faktörlerin ve bölgesel sosyoekonomik farklılıkların, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik algı ve değerlendirmeler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, Halk sağlığı hemşireliği, Hizmet değerlendirme, Sağlık hizmetleri

ABSTRACT

MS. Thesis

The Impact of Demographic Variables on the Evaluation of Primary Health Care Services Across Different Socioeconomic Levels

Aim: The aim of this study is to determine how individuals evaluate primary healthcare services and to examine the impact of demographic characteristics on these evaluations.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted between July 2024 and June 2025 in two Family Health Center (FHC) regions with different socioeconomic levels in the province of Muş. A total of 748 individuals were included in the study. Data were collected through face-to-face interviews using the Socio-Demographic Characteristics Information Form and the Primary Health Care Assessment Tool. Data analysis was performed using descriptive statistics, t-test, Mann-Whitney U test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, and correlation analyses.

Results: The mean age of the participants was 39.73 ± 16.32 . According to demographic characteristics, men scored significantly higher in the Cultural Competence sub-dimension ($p=0.002$), while women scored higher in the Service Coordination sub-dimension ($p=0.012$). The mean scores for Primary Health Care and Extended Primary Health Care were significantly higher among individuals with lower education levels, those without social security, and those whose income was lower than their expenses ($p<0.05$). Participants with chronic diseases had higher scores in the First Contact-Utilization, Accessibility, Provided Services, and Family-Centered Care dimensions. Married individuals scored higher in Accessibility, Available Services, and Community Orientation and Participation. Single individuals scored higher in Record/Information Coordination. Participants from the Güzeltepe FHC region (lower socioeconomic level) had significantly higher scores in First Contact-Utilization, Accessibility, and overall scores compared to those from the Central 1st Numbered Family Health Center.

Conclusion: The findings indicate that demographic factors and regional socioeconomic differences have a statistically significant effect on the perception and evaluation of primary health care services.

Keywords: Health services, Primary health care, Public health nursing, Service evaluation

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi.....	19
Tablo 3.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	21
Tablo 3.3. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu.....	22
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	24
Tablo 4.2. Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Puan Ortalamaları Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Aile Merkezli Hizmet, Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım, Kültürel Uyum Alt Boyutları ve GBBSH Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5. Yaş ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 4.6. Bölgelere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Alt Boyutları, BBSH ve GBBSH Puanlarının Karşılaştırılması.....	35

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
NHS	Ulusal Sağlık Hizmetleri
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
AH	Aile Hekimliği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
HSH	Halk Sağlığı Hemşiresi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
GSYH	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
GBBSH	Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
OY	Okur yazar

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. İyilik halini tarif eden bu üç boyuttan birisi olan fiziksel iyilik; vücudu oluşturan doku ve organlarda eksiklik, işlev bozukluğu olmaması halini, ruhsal iyilik; yaşma uygun olarak düşünebilme, düşündüklerini anlaşılır şekilde ifade edebilme, başkalarını anlayabilme ve kendisiyle barışık olma halini, sosyal iyilik ise nerede, nasıl davranacağını ve sorumluluklarını bilme, insanlarla iyi ilişkiler içinde olma, hoşgörülü davranma ve çevresiyle barışık olma halidir (Schramme, 2023; World Health Organization [WHO], 2001).

İnsanların yaşam kalitelerinin yükselmesi ve sürdürülmesi sağlıklı olmaları ile mümkün olabilir. Sağlıklı olma durumunu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Sağlığın belirleyicileri olarak belirtilen kavramlardan biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler de sağlığı olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. İnsanların genetik yapısı, gelir ve eğitim düzeyi, sosyal destek ağları, cinsiyeti sağlığı etkilerken, sağlık sistemleri ve sağlık bakım hizmetleri de sağlığımız üzerinde etkili faktörler içerisinde yer almaktadır (Akdemirel, 2024).

Sağlıklı olmak ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve nitelikli olması ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetleri hem bireylerin hem de toplumun sağlığını koruyabilmek, hastalık durumlarında müdahale ederek iyileştirmek, iyileşmenin tam olamadığı durumlarda bireylerin başkalarına muhtaç kalmadan en iyi düzeyde hayatlarını sürebilmek için faaliyet gösteren hizmetlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri; sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır (Özkara, 2002).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde en önemli bileşen hizmeti alan toplumdur (Varinli, 1996). Bireylerin sunulan hizmet hakkındaki görüşleri hizmet kalitesinin belirlenmesinde oldukça önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sağlık sonuçları ve hasta memnuniyeti üzerindeki

etkisi nedeniyle son yıllarda önemli hale gelmiştir. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti standartlarının iyileştirilmesi ve kalitesinin artırılması amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Demografik değişkenler, bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl algıladıklarının önemli belirleyicileridir. Demografik faktörler, birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin algıları, bu hizmetlere erişimi ve toplum içindeki sağlık sonuçlarını etkileyebilmektedir (Cook vd., 2023; Pivac vd., 2023). Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinin önemli bir boyutu, hizmet sunumunu ve kaynak tahsisini iyileştirmek için bu demografik etkileri tanımadır (Ramoso vd., 2024). Araştırmalar, bu faktörlerin bireylerin sağlık ihtiyaçlarını nasıl önceliklendirdiklerini ve aldıkları hizmetlerden duydukları memnuniyeti önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir (Cook vd., 2023).

Birinci basamaktan hizmet alan bireylerin, hizmetleri değerlendirmesi ulaşılmak istenen standartlara ne derece erişilebildiğinin bir göstergesidir. Bu çalışma, demografik değişkenlerin Muş'ta birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini nasıl etkilediğini araştırmayı ve hizmet sunumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmanın; bölgenin kendine özgü demografik yapısına uygun stratejilerin uygulanarak toplumun sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine ve sağlık hizmetlerine erişim ve kalitedeki eşitsizliklerin azaltılmasına katkıda bulunması hedeflenmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdiğinin belirlenerek, demografik özelliklerin sağlık hizmetlerinin değerlendirmesine etkisini incelemektir.

1.2. Araştırma Soruları

1. İki farklı bölgede sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde farklılık var mıdır?
2. Demografik değişkenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine etkisi nasıldır?
3. Birinci basamak sağlık hizmetleri bireyler tarafından nasıl değerlendirilmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri Sistemleri

2.1.1. Tanımı, Kapsamı, Temel İlkeleri

Sağlık hizmetleri sistemleri, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış bütünsel yapılar olup, çeşitli kaynakların ve hizmetlerin entegrasyonunu içerir. Bu sistemlerin etkili bir şekilde işleyebilmesi için sağlık politikaları, finansman yöntemleri, sağlık personeli ve tedavi yaklaşımları gibi birçok faktörün entegrasyonu gerekmektedir. Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmeye yönelik bir dizi hizmet ve müdahaleyi kapsar ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliği, kalitesi ve etkinliği, halk sağlığı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Ateş & Işıkçı, 2020).

Global sağlık hizmetleri sistemlerinin analizi, sistemi oluşturan temel bileşenlerin yanı sıra, bu sistemlerin performansını etkileyen finansal, sosyal ve politik faktörleri de kapsamaktadır. Örneğin, sağlık sistemleri genel olarak iki ana kategoride sınıflandırılabilir: Bismarck sistemi ve Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) gibi sosyal güvenlik temelli sistemler (Petre vd., 2023). Bu sistemlerin etkinliği, sağlık finansmanına duyulan bağlılık ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık finansmanı, sağlık sektöründe mali kaynakların nasıl tahsis edildiğini ve bu kaynakların nasıl kullanıldığını belirler; bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için kritik bir unsurdur (Demirci vd., 2020).

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, artan sağlık hizmeti talebine yanıt verebilecek değişiklikler yapabilme yeteneğine bağlıdır. Ülkeler arasındaki dijital sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve bu hizmetlerin kullanımı, farklı ülkelerde büyük farklılıklar göstermektedir (Çöme & Mevsim, 2023). Dijital teknolojiler, sağlık hizmetleri sisteminin işleyişini ve bireylere ulaşımını büyük ölçüde dönüştürme potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte, teknolojiye dayalı sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan engeller arasında finansal yatırımlar, gizlilik riskleri ve politika desteklerindeki eksiklikler yer almaktadır (Jessup vd., 2020).

Sağlık hizmetleri sistemlerinin performansı, genel sağlık sonuçları ile ölçülmektedir; bu sonuçlar arasında erişim, dengenin sağlanması ve kaynakların en verimli şekilde kullanılması gibi kriterler bulunmaktadır (Malakoane vd., 2020). Ayrıca, düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetleri sunumunun finansmanı genellikle

yetersiz kalmakta, bu durum da hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir (Masfield vd., 2020). Halk sağlığı hedefleri, 193 Birleşmiş Milletler üye devleti tarafından benimsenmiş olan Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları çerçevesinde, evrensel sağlık kapsamına ulaşmayı hedeflemekte olup, ülkelerin sağlık sistemleri bu hedefleri destekleyecek şekilde güçlendirilmelidir (Khattak vd., 2023).

Sağlık sistemleri, bireylere sunulan hizmetlerin kalitesini artırmak için sürekli olarak kendini yenilemeli ve değişikliklere adapte olmalıdır. Bu bağlamda, hasta merkezli hizmet akışı modellerinin uygulanması, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırabilir (Ozkaynak vd., 2013). Sağlık sistemlerinin tasarımında ve iyileştirilmesinde farklı ülkelerde uygulanan en iyi uygulamaların göz önünde bulundurulması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmanın yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimi de geliştirebilir (Hefshan vd., 2024).

Sağlık hizmetleri sistemleri, çok boyutlu bir yapı olarak, sağlık finansmanı, teknoloji entegrasyonu ve halk sağlığı hedefleri ile iç içe bir şekilde işlev görmektedir. Bu sistemlerin tüm bileşenlerinin etkin bir şekilde çalışması, daha sağlıklı bireyler ve toplumlar oluşturma anahtarıdır (Yunana, 2016).

2.2. Sağlık Hizmetleri Sistemlerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temel yapı taşlarından biri olarak topluma en yakın sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bu hizmetler, bireylerin sağlık ihtiyaçlarına doğrudan cevap verme kapasitesi ile bu ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayabilmek için gereklidir (Açıkgöz & Kıran, 2020). Birinci basamak sağlık hizmetleri, bir sağlık sisteminin temel taşı oluşturarak, toplum sağlığını iyileştirmek ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu hizmetlerin etkinliği, sağlık sisteminin genel başarısını doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Akman, 2014; Keskin, 2020).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli işlevlerinden biri, koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan sağlık sorunlarını önceden tespit etmek ve yönetmektir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık kuruluşları, hastalıkların erken teşhisi ve yönetimi üzerinden sağlık sorunlarının yaygınlığını azaltmaya çalışmaktadır (Çakır & Çakır, 2022; Sönmez vd., 2019). Birinci basamak hizmetlerine erişimin artması, hastalıkların komplikasyonlarını azaltarak sağlık

sistemine olan yükü hafifletmekte ve acil servisler üzerindeki baskıyı azaltmaktadır (Sönmez vd., 2019).

Finansal açıdan bakıldığında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı maliyetleri düşürebilir. İkinci ve üçüncü basamak hizmetlerin aşırı kullanımı hem maliyetleri artırmakta hem de sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Kartal, 2024). Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterli finansman ve kaynak ayrılması, sağlık düzeyi göstergelerinin iyileşmesine ve hasta memnuniyetinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Akman, 2014; Keskin, 2020). Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık sisteminin genel performansını artırmanın yanı sıra, bireylerin de sağlık hizmetlerinden daha etkin faydalanmalarını sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini önemli hale getiren bir başka durum ise sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin azaltılmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim farklı sosyal gruplar arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Özellikle düşük gelirli bireyler ve belirli sosyoekonomik gruplar, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar yaşamakta ve bu durum, toplumda sağlık eşitsizliklerine yol açmaktadır (Koruk & Beyazgül, 2021; Manavgat vd., 2021). Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha kapsayıcı bir şekilde örgütlenmesi gerekmektedir. Yürütülen sağlık politikaları, bu hizmetlerin daha geniş kitlelere ulaşmasını hedeflemelidir (Güven & Dörtbudak, 2018).

2.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi

Modern birinci basamak sağlık hizmetlerinin (BBSH) kökenleri, DSÖ'nün birinci basamak bakımı sağlık sistemlerinin temeli olarak vurgulayan, daha bütünsel bir sağlık hizmetleri yaklaşımını savunmaya başladığı 20. yüzyılın ortalarına kadar uzanmaktadır (Barbazza vd., 2019). DSÖ'nün 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi, bu evrimde bir dönüm noktası olmuş; sağlığı temel bir insan hakkı olarak ilan etmiş ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm bireylere temel sağlık hizmetlerinin sunulmasını savunmuştur (Segall, 1987).

Sonraki on yıllarda, farklı ülkeler BBSH modelini, kendilerine özgü demografik, ekonomik ve sağlık yapılarından etkilenerek, çeşitli bağlamlarda benimsemiştir. Örneğin, Kanada'da 2003 tarihli "First Ministers' Health Accord", birinci basamak sağlık girişimleri için finansmanı artırmaya odaklanmış ve koordineli sağlık hizmetlerinin önemine dair artan bir anlayışı yansıtarak, erişilebilir disiplinler arası

bakım ekiplerinin gerekliliğini vurgulamıştır (Hutchison vd., 2011). Benzer şekilde, Türkiye'de uygulanan sağlık reformları birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ve kalitede önemli iyileşmeler göstermiştir. İlk olarak Alma Ata bildirgesinden önce kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile birlikte sağlık örgütlenmesi önemli bir değişim yaşamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri temelinde temel sağlık hizmetleri felsefesinin ön plana çıkarıldığı sistem ile amaç tüm bireylere eşit, ulaşılabilir bir hizmet sunmaktır. Bu reformlar, aile hekimliğinin kurulması ve toplum temelli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik girişimlerle devam etmiştir (Kurt & Şaşmaz, 2012).

Küresel olarak, Evrensel Sağlık Kapsayıcılığına ulaşmanın bir aracı olarak BBSH'leri güçlendirmek için ortak bir çaba sarf edilmektedir. Güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri toplumda daha iyi sağlık göstergeleri anlamına gelmektedir. Avrupa genelindeki araştırmalar, güçlü birinci basamak sağlık sistemleri ile iyileşen sağlık ölçütleri arasında olumlu bir korelasyon olduğunu ortaya koyarak, BBSH altyapısına yatırımı önceliklendiren politikaların gerekliliğini vurgulamaktadır (Kringos vd., 2013). Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalar, etkili BSH hizmetlerinin ölüm oranlarında önemli düşümlere ve genel sağlık çıktılarında iyileşmelere yol açabileceğini göstermektedir (Yitbarek vd., 2023).

BBHS'lerin öneminin yanı sıra yapılan bir sistematik bir incelemede, çeşitli ülkelerde BBSH sunumunda aksaklıklar olduğu, bu sistemlerin etkinliğini artırmak için sürekli yatırım ve yeniliğe olan ihtiyacı vurgulamaktadır (Abashidze-Gabaidze vd., 2024). Yetersiz finansman, sınırlı sağlık işgücü kapasitesi ve hizmet dağılımındaki eşitsizlikler gibi engeller, özellikle kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerde yaşayan birçok vatandaşın sağlık haklarını tehdit etmektedir (McGrail & Humphreys, 2015).

2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Hedefleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri erişilebilirliği, toplum temelli yaklaşımı ve koruyucu sağlığa odaklanması ile küresel anlamda kapsamlı sağlık sistemlerinin temel taşıdır. BBSH'nin en önemli özelliği, özellikle yetersiz hizmet alan topluluklar olmak üzere tüm bireylere temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır. BSH yalnızca sağlık çıktılarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlıkta eşitliğe katkıda bulunarak evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak için vazgeçilmez bir öge haline gelmektedir (Webster, 2009).

BBSH'nin birincil amacı; sağlık hizmetlerinin sosyoekonomik statülerine bakılmaksızın herkes için erişilebilir ve uygun maliyetli olmasını sağlamaktır. Bu durum farklı nüfus grupları arasındaki sağlık çıktılarındaki eşitsizlikleri azaltmada kritik öneme sahiptir (Naria-Maritana vd., 2020). Güçlü birinci basamak sistemlerine sahip ülkeler, daha düşük sağlık maliyetleri ve azalmış ölüm oranları ile kronik hastalıkların daha iyi yönetimi de dahil olmak üzere daha iyi sağlık göstergelerine sahiptir (Webster, 2009). Avustralya ve İran gibi ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerinin BBSH içine entegre edilmesi hem fiziksel hem de ruhsal sağlık ihtiyaçlarını ele alarak BBSH'nin ulaşmayı hedeflediği bütüncül yaklaşımın somut bir örneğidir (Dorosti vd., 2023).

Sağlıkta eşitsizlikleri önlemenin yanı sıra hastalık insidansını azaltmada önemli rolü olan koruyucu bakımın verilmesi BBHS'nin temel bileşenlerinden birisidir. Aşılama programları ve sağlık eğitimi girişimleri gibi etkili önleme stratejileri, hastalık yükünü hafifletmeye ve sağlık maliyetlerini düşürmeye yardımcı olan BBSH'nin temel bileşenleridir (Shi, 2012).

Ayrıca, BSH, gerektiğinde uzmanlaşmış hizmetlere sevklerin sağlanması açısından işbirlikçi bir yaklaşım ile karmaşık sağlık sorunlarını yönetmek ve sürekli hasta bakımını sağlamakta önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları ile diğer sağlık sistemleri arasındaki iş birlikleri, sağlık sorunlarına daha koordineli bir yanıt verilmesini sağladıkları için, sağlıklı toplumların oluşturulmasında giderek daha fazla gerekli görülmektedir (Valaitis vd., 2018).

BBSH'nin önemi tüm dünyada kabul edilse de küresel olarak BBSH sunumunda önemli aksaklıklar olduğu ve bunların orantısız şekilde dezavantajlı nüfusları etkilediği belirtilmektedir (Abashidze-Gabaidze vd., 2024). Bu nedenle hükümetlerin ve paydaşların, sağlık sistemini güçlendirmeye öncelik vermesi, BSH altyapısına yatırımı artırması ve sağlık çalışanlarını etkili bir şekilde eğitmeye odaklanması gerekmektedir (Dumka vd., 2024).

Sonuç olarak, BBSH sağlıkta eşitliği teşvik etmeye, koruyucu bakımı geliştirmeye ve nüfuslar arasında farklı sağlık ihtiyaçlarına etkili bir şekilde yanıt verebilen entegre bir sağlık sistemi yaratmaya odaklanmaktadır.

2.2.3. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunum Modeli

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunum modeli, özellikle 2000'li yılların başından itibaren sağlık reformları aracılığıyla önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri sunum modeli, 2003

yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile köklü bir değişime uğramıştır. Bu reform çerçevesinde, Aile Hekimliği (AH) sistemi devreye alınmıştır (Espinosa-González & Normand, 2019; Keskin, 2020). Aile hekimliği uygulaması, Türkiye'deki sağlık sisteminin merkezine yerleştirilen bir modeldir ve bireylerin sağlık sorunlarının ilk olarak aile hekimleri tarafından ele alınmasını hedefler (Çelik & Limnili, 2019).

Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) aracılığıyla sunulmaktadır. Bu merkezler, bir aile hekimi ve ilgili sağlık personeli tarafından yönetilmektedir. ASM'ler, bireylere sağlık hizmetleri sunmakta, kayıtlı hastaların sağlık durumunu takip etmekte ve gerekli durumlarda uzman hekimlere yönlendirmektedir (Kartal, 2024). Aile hekimleri, kronik hastalık yönetimi, aşı takibi, gebe ve bebek sağlığı gibi çeşitli sağlık hizmetlerini sunarak, toplum sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlar (Çelik & Limnili, 2019). Bunun yanı sıra, Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetleri modeli, evde sağlık hizmetleri ile de entegre çalışmaktadır. Bu entegrasyon, özellikle yaşlı ve immobil hastalar için kritik öneme sahiptir (Çayır, 2013; Yurt & Yavuz, 2025).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel hedeflerinden biri, sağlık hizmetlerine tüm bireylerin erişimini artırmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, sağlık hizmetlerine erişimdeki engeller azaltılmış ve özellikle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları artırılmıştır (Başer vd., 2015). Ayrıca, sağlık sisteminin etkinliği ve kullanıcı memnuniyetinin artırılması da programın önemli bir parçasıdır (Çelik & Limnili, 2019). Aile hekimleri, özellikle sağlık okuryazarlığını artırma, sağlık eğitimi verme ve preventif sağlık hizmetleri sağlama konusunda aktif bir rol oynamaktadır (Hayran, 2024).

Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin işletilmesinde bazı zorluklar da yaşanmaktadır. Aile hekimi sayısının yetersizliği, özellikle kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltmakta ve bu durum bazı hastaların hastanelere başvurmasına neden olmaktadır (Başer vd., 2015; Hone vd., 2016). Ayrıca, Aile Sağlığı Merkezlerinin sunduğu hizmetlerin kalitesi konusunda endişeler bulunmaktadır; bu durumda sürekli bir iyileştirme ihtiyacı doğmaktadır (Çelik & Limnili, 2019).

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

2.3.1. Hizmet Değerlendirmenin Tanımı ve Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri; hastanın ilk başvurduğu hekim veya sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetleridir. Hastalık ya da hastalık endişesi taşıyan bireylerin öncelikle başvurdukları sağlık kuruluşlardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık, ayaktan tedavi, sağlık eğitimi ve rehabilitasyon gibi pek çok bileşenden oluşan kapsamlı bir sağlık hizmeti modelidir. Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkların erken teşhis ve tedavisini gerçekleştirmek, bulunan sağlık sorunlarını gidermek, bireylerin yaşam kalitesini arttırmak ve kronik hastalıklı bireylerin hastalığının ilerlemesini engellemek amacıyla sunulan rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır (Başer, vd., 2015).

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sunulan bakımın kalitesinin, erişilebilirliğinin ve etkililiğinin ölçülmesini içerir. Değerlendirmeler, hizmetlerin hasta ihtiyaçlarını ve sağlık sisteminin beklentilerini karşıladığından emin olmak amacıyla kalite, etkililik ve verimliliği ölçmeye yönelik sistematik süreçleri kapsar. Bu değerlendirme, kalitedeki eksiklikleri belirlemek, hasta deneyimlerini anlamak ve kalite iyileştirme önlemlerini uygulamak için oldukça önemlidir. Geleneksel değerlendirme çerçeveleri genellikle yapı, süreç ve sonuçlara odaklanır ve temelde, sağlık hizmeti değerlendirmesinde bu üç boyutu vurgulayan Donabedian'ın üçlü modeline dayanır (Endeshaw, 2021).

Güncel literatür, hizmet kalitesi ve etkililiğine bütüncül bir bakış yakalamak için nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir kombinasyonunun kullanılmasını önermektedir (Simmons vd., 2022). Bu amaçla, genellikle nitel ve nicel ölçütleri bir arada kullanan çeşitli değerlendirme yöntemleri bulunmaktadır. Nitel araştırma metodolojileri, hasta deneyimlerinin ve sağlık çalışanı uygulamalarının değerlendirilmesini sağlar ve bu da hizmet sunumundaki iyileştirmelere doğrudan katkıda bulunabilir (Neergaard vd., 2009). Sağlık hizmeti değerlendirmesini kolaylaştırmak için Sağlık Hizmeti Kalitesi Ölçüm Modelleri gibi çeşitli çerçeveler mevcuttur. Bu modeller, genellikle hem dış (hastalardan) hem de iç (sağlık çalışanlarından) değerlendirmeleri içerir; bu da kapsamlı bir değerlendirmenin birden fazla bakış açısını dikkate alması gerektiğini gösterir (Endeshaw, 2021).

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, kalite ölçütleri ve yöntemlerindeki değişkenlik, hasta deneyimlerini nicelikselleştirmedeki zorluklar ve algılanan ile gerçek bakım kalitesi arasındaki uyumsuzluklar gibi zorluklar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti kalitesini artırmak için sürekli değerlendirme zorunludur. Üçlü Amaç (Triple Aim) çerçevesinin de gösterdiği gibi, hasta deneyimini iyileştirmeye, toplum sağlığını geliştirmeye ve maliyetleri azaltmaya odaklanmak, sürdürülebilir sağlık sistemleri için esastır (Whittington vd., 2015). Sağlık hizmeti değerlendirmesi, sağlık sistemlerinin verimli, etkili ve hasta ihtiyaçlarına duyarlı olduğundan emin olmak için gerekli olan kapsamlı ve çok yönlü bir süreçtir. Çeşitli çerçeve ve metodolojilerin kullanılması, hasta bakış açılarının dahil edilmesi ve hizmet kalitesinin sürekli değerlendirilmesi, sağlık hizmeti sunumunu ve hasta sonuçlarını önemli ölçüde geliştirebilir. Devam eden değerlendirme, yalnızca iyileştirme alanlarını ortaya çıkarmakla kalmaz, aynı zamanda çeşitli sağlık ortamlarında en iyi uygulamaların hayata geçirilmesini de destekler.

2.3.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirmesi, erişilebilirlik, kalite, memnuniyet, etkililik, verimlilik ve maliyet gibi çeşitli göstergeleri ve ölçütleri kapsayan çok boyutlu bir yaklaşım gerektirir. Bu boyutlar, sağlık sistemlerinin toplumların ihtiyaçlarını etkili ve adil bir şekilde karşıladığından emin olmak için çok önemlidir.

Erişilebilirlik, bireylerin ihtiyaç duydukları tıbbi hizmetlere ne kadar kolay ulaşabildiklerini ifade eder. Erişilebilirliğin değerlendirmesi coğrafi erişim, hizmetlerin mevcudiyeti ve ekonomik erişilebilirliği içerir (Grimmer vd., 2014; Nocon vd., 2003). Sağlık tesislerine fiziksel yakınlık, finansal kısıtlılıklar ve genel hizmet mevcudiyeti birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, hizmete erişimde engeller yaşayan dezavantajlı toplumların daha kötü sağlık sonuçlarıyla karşılaşabileceğini göstermektedir (Krztoń-Królewiecka vd., 2016; Zaadoud vd., 2020). Erişilebilirliği artırmayı amaçlayan politikalar genellikle ulaşım sistemlerini iyileştirerek, hizmet sunucusu sayısını artırarak ve temel hizmetler için finansal güvence sağlayarak bu engelleri aşmayı hedeflemektedir (Kringos vd., 2010).

Sağlık hizmeti kalitesi, güvenlik, etkililik ve hasta memnuniyeti gibi çeşitli yönleri kapsayan temel bir değerlendirme boyutudur. Sağlık hizmeti kalitesi, hizmetlerde kalite ihtiyacını vurgulayan Donabedian modeli çerçevesinde hem yapısal hem de süreç temelli göstergelerle değerlendirilebilir (Rezapour vd., 2019). Etkili kalite değerlendirmeleri, bakım uygulamalarını iyileştirmek ve daha iyi hasta sonuçları elde etmek için gereklidir. Araştırmalar, yapılandırılmış kalite iyileştirme girişimlerinin daha iyi hizmet sunumu ve daha yüksek hasta memnuniyetine yol açtığını göstermektedir (Lake vd., 2017; Zaadoud vd., 2020).

Hasta memnuniyeti, genellikle bakım kalitesinin bir yansıması olarak görülür ve sağlık hizmetlerini değerlendirmede önemli bir araçtır. Hastaların sağlık çalışanlarıyla etkileşimlerine ve bakım süreci boyunca genel deneyimlerine ilişkin algılarını kapsar. Yüksek hasta memnuniyeti düzeyleri, daha iyi sağlık sonuçları ve tedavi planlarına uyumda artış ile ilişkilidir (Oleszczyk vd., 2017). Kapsamlı memnuniyet anketleri ve geri bildirim mekanizmaları, iyileştirmeye açık alanları tespit edebilir ve sağlık sistemleri içindeki politika değişikliklerini için bilgi kaynağı olabilmektedir (Kringos vd., 2010).

Etkililik, sağlık hizmetlerinin gerçek dünya koşullarında istenen sağlık sonuçlarına ne ölçüde ulaştığını ifade eder. Genellikle iyileşme oranları, hastalık insidansında azalma ve toplum sağlığında iyileşmeler gibi sonuç ölçütleriyle değerlendirilir. Etkili birinci basamak sağlık hizmetleri, kronik durumları yönetmek ve komplikasyonları önlemek için oldukça önemlidir. Araştırmalar, koruyucu sağlık hizmetlerinin uzun vadeli sağlık sonuçları üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir (Nocon vd., 2003; Zaadoud vd., 2020).

Sağlıkta verimlilik, hizmet kalitesinden ödün vermeden kaynak israfını en aza indirerek etkili hizmet sunma kapasitesini ifade eder. Bu, hem maliyet-etkililik analizlerini hem de kaynak kullanım ölçütlerini kapsar. Verimli birinci basamak sağlık sistemleri, daha fazla sayıda insana daha fazla sağlık hizmeti sunabilir. Koruyucu bakım stratejilerinin uygulanmasının, daha sonra daha karmaşık ve maliyetli müdahalelere duyulan ihtiyacı azaltarak verimliliği artırdığı gösterilmiştir (Laurant vd., 2018; Zaadoud vd., 2021).

Maliyet değerlendirmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğini anlamak için temeldir. Hizmet sunumuyla ilişkili doğrudan

maliyetleri (tıbbi ücretler, hastane yatışları) ve dolaylı maliyetleri (kayıp iş gücü, bakım için seyahat giderleri) analiz etmeyi içerir. Maliyetin değerlendirilmesi, politika yapıcılar için sağlık sistemlerinin ekonomik erişilebilirliğini anlamak ve bu sistemlerin hasta ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda finansal olarak sürdürülebilir kalmasını sağlamak açısından kritik öneme sahiptir (Antoñanzas vd., 2017; Mihevc vd., 2022).

2.3.3. Hasta/Hizmet Alan Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, erişilebilirlik, kalite ve etkililik gibi çeşitli boyutları içeren çok yönlü bir süreçtir. Ancak en kritik yönlerden biri, hasta veya hizmet alan memnuniyetinin ölçülmesidir. Bireylerin/hastaların aldıkları hizmetler hakkında ne düşündüklerini anlamak, bakım kalitesini iyileştirmek, kaynak tahsisini optimize etmek ve sağlık inovasyonlarını etkili bir şekilde hedeflemek için oldukça önemlidir.

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları sağlık hizmetinden ne derece memnun olduklarını ifade eder. Tıbbi bakımın kalitesi, bakımın kişilerarası boyutları, tedaviye erişim ve elde edilen sonuçlar da dahil olmak üzere sağlık hizmeti deneyiminin çeşitli yönlerini kapsar (Gill & White, 2009; Santana vd., 2017). Hasta memnuniyetinin sistematik olarak anlaşılması, hizmet kalitesini somut unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati temelinde değerlendiren SERVQUAL modeli gibi yerleşik çerçevelerle desteklenebilir (Gill & White, 2009).

Hasta memnuniyetinin bileşenleri aşağıda belirtildiği şekildedir;

Bakım Kalitesi: Tıbbi tedavinin etkililiğini, güvenliğini ve uygunluğunu kapsar.

Kişilerarası Etkileşimler: Sağlık çalışanlarının hastalarla nasıl iletişim kurduğu ile ilgilidir ve hastaların hizmet kalitesi algısını etkiler.

Erişilebilirlik ve Ulaşılabilirlik: Hastaların hizmetlere ne kadar kolay ulaşabildiğini ifade eder.

Sonuç Memnuniyeti: Hastaların aldıkları bakım sonucunda ortaya çıkan sağlık sonuçlarına ilişkin algıları hayati öneme sahiptir (Lin vd., 2024).

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi, kalite iyileştirme girişimleri için birincil bir gösterge görevi görür. Araştırmalar, artan hasta memnuniyetinin daha iyi sağlık sonuçlarına yol açabileceğini, çünkü memnun hastaların tıbbi tavsiyelere uymaya ve koruyucu sağlık hizmetlerine katılmaya daha yatkın olduğunu göstermektedir

(Gentil vd., 2019; Starfield vd., 2005). Sağlık kuruluşları, hasta geri bildirimlerini sıklıkla hizmet eksikliklerini belirlemek ve düzeltmek için kalite iyileştirme programlarına entegre etmektedir (Starfield vd., 2005).

Hasta memnuniyeti verilerinin kullanımı, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hedefli müdahaleler uygulamasına olanak tanır. Örneğin, bir çalışma, kronik hastalık yönetiminde hasta geri bildiriminin bakım iyileştirmeleri tasarlamada başarıyla entegre edilmesinin, hasta katılımını ve sağlık durumunu iyileştirdiğini vurgulamıştır (Wan & Wan, 2023). Bu durum, hizmetleri hasta ihtiyaç ve tercihleriyle daha uyumlu hale getirdiği için, sağlık politikalarının geliştirilmesinde hasta geri bildirimlerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Yüksek hasta memnuniyetinin olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Daha yüksek memnuniyet seviyeleri bildiren hastalar, daha az komplikasyon, daha düşük yeniden yatış oranları ve genel olarak daha iyi bir sağlık durumu yaşama eğilimindedir (McAullay vd., 2016; Starfield vd., 2005).

Memnuniyetin ölçülmesi yoluyla sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaların bakımlarında neye değer verdiğine dair bilgiler elde etmiş olur. Bu bilgilerin anlaşılması, hizmetlerin belirli topluluk ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlanmasına, böylece sağlıkta eşitliğin ve sonuçların iyileştirilmesine yardımcı olur (Barbaza vd., 2019).

Hasta memnuniyeti ölçütleri, sağlık hizmeti sunumunda işbirlikçi bir yaklaşımı vurgulayarak hasta katılımını da teşvik eder. Hastalar görüşlerine değer verildiğini ve dinlendiklerini hissettiklerinde, kendi sağlık yönetimlerine aktif olarak katılma olasılıkları daha yüksektir (Santana vd., 2017). Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, kronik hastalık yönetimi stratejilerinde hayati olan özerkliği ve öz-yönetimi teşvik eder. Bakım kararlarına aktif katılımı teşvik ederek, sağlık sistemleri hasta memnuniyetini artırır ve sağlık sonuçları konusunda sorumluluk duygusu geliştirir (Costa vd., 2017).

Hasta/hizmet alan memnuniyetini ölçmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde değerlendirmenin temel taşıdır. Bakım kalitesine ilişkili kapsamlı bir anlayış oluşmasını sağlayarak sağlık sonuçlarını iyileştirir, hasta katılımını güçlendirir ve sağlık sistemlerinin mali sürdürülebilirliğine katkıda bulunur. Hasta memnuniyeti ölçütlerini önceliklendirerek, sağlık hizmeti

sağlayıcıları hizmetleri hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlayabilir ve sağlık hizmeti sunumunda sürekli iyileştirme ortamını teşvik edebilir.

2.4. Halk Sağlığı Hemşireliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

2.4.1. Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol, İşlev ve Sorumlulukları

Halk sağlığı hemşireleri (HSH), toplumların sağlık ve esenliğini geliştirmede hayati bir rol oynar. HSH'lerin en temel rollerinden biri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma yönünde savunuculuk yapmaktır. Toplumları sağlık riskleri ve koruyucu önlemler konusunda eğitici faaliyetlerde bulunurlar. HSH'ler, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek ve kronik hastalıklarla, bulaşıcı hastalıkları önlemek için kanıta dayalı stratejiler kullanır. Bu, genellikle toplum sağlığı eğitim programları, aşılama kampanyaları ve taramalar düzenlemeyi içerir (Bekemeier vd., 2014; Cashman vd., 2001; Nigenda vd., 2010). HSH'ler, toplumun sağlık ihtiyaçlarını ve kaynaklarını belirlemeye yardımcı olan toplum değerlendirmeleri yapmada bütüncü bir role sahiptir. Toplum sağlığı sorunları hakkında bilgi toplamak ve hedefe yönelik müdahaleler geliştirmek için anketler ve odak grup görüşmeleri gibi veri toplama yöntemlerini kullanırlar (Bungay & Stevenson, 2013; Hemingway vd., 2012).

Halk sağlığı hemşireleri, toplum ve nüfus düzeyinde sağlık mevzuatını etkilemek ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için sıklıkla politik savunuculuk yapar. Toplumlar ile politika yapıcılar arasında aracılık ederek, toplumların sağlık politikaları tartışmalarında temsil edilmesini sağlarlar (Chaudry vd., 2000; Enebeli vd., 2024).

Halk Sağlığı Hemşirelerinin İşlevleri

Halk sağlığı hemşireleri, özellikle savunmasız popülasyonlar için sağlık hizmeti sağlayıcıları, sosyal hizmetler ve toplum kaynakları arasında bakım koordinasyonu sağlarlar (Kuntz vd., 2008; Polivka vd., 2008).

Halk sağlığı hemşireleri, bireylerin ve toplumların özel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış temel sağlık eğitimi sağlar. Eğitim çabaları, bireylerin sağlıklarını kontrol altına almalarını ve sağlık sistemini etkili bir şekilde kullanmalarını güçlendirmeyi amaçlar (Bekemeier vd., 2014; Poulton, 2009).

Halk sağlığı hemşirelerinin bir diğer kritik işlevi, toplum içindeki sağlık eğilimlerini ve salgınları izlemek için sürveyans çalışmalarına katılmaktır. Halk

sağlığı sorunlarını belirlemek ve buna göre uygun girişimlerde bulunmak için sağlık verilerini toplar ve analiz ederler (Carney, 2018; McCready & Laperrière, 2023).

Halk Sağlığı Hemşirelerinin Sorumlulukları

HSH'ler, salgınlar ve doğal afetler de dahil olmak üzere halk sağlığı acil durumlarına hazırlanma ve müdahale etmede çok önemli bir rol oynar. Acil durum müdahale planları geliştirir ve uygular, ayrıca toplum üyelerini acil durum ve afetlere hazırlık konusunda eğitirler (Carr, 2005; Suprpto vd., 2024). Halk sağlığı hemşireleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları, toplum kuruluşları ve devlet kurumları da dahil olmak üzere çeşitli paydaşlarla iş birliği içinde çalışırlar. Disiplinler arası ekip içerisinde çalışma becerileri, kapsamlı halk sağlığı müdahaleleri için kritiktir (Abrams, 2004; Schmitt vd., 2017).

Halk sağlığı hemşireleri, müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek ve halk sağlığı uygulamalarını değerlendirmek için araştırma faaliyetlerinde bulunur. Araştırma projelerine katılarak veya bunlara liderlik ederek, gelecekteki halk sağlığı girişimlerine rehberlik eden uygulama sonuçlarına katkıda bulunurlar (Domm & Urban, 2020; Gwon vd., 2020).

Sonuç olarak halk sağlığı hemşireleri, toplum sağlığını ve esenliğini geliştirmek için gerekli olan çeşitli rolleri, işlevleri ve sorumlulukları yerine getirirler. Sağlığın geliştirilmesi ve politika savunuculuğundan acil durum hazırlığı ve işbirlikçi uygulamalara kadar, etkili halk sağlığı sistemlerini şekillendirmede merkezi konumdadırlar.

2.4.2. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Birinci Basamaktaki Yeri ve Önemi

Halk sağlığı hemşireleri, koruyucu ve toplum odaklı yaklaşımlar aracılığıyla nüfusların sağlığına odaklanarak birinci basamak sağlık sistemlerinde en önemli sağlık profesyonelleri arasında yer almaktadır. Halk sağlığı hemşireleri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada çok önemli bir rol oynar. Beslenme, madde bağımlılığı, ruh sağlığı ve koruyucu sağlık önlemleri gibi çeşitli sağlık sorunları hakkında farkındalık yaratan eğitim programları geliştirir ve uygularlar (Lawlor vd., 2022). Sağlık eğitiminin toplumlarla bütünleştirilmesi, daha sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik eder ve hastalık insidansını azaltır. HSH'ler öncelikli olarak topluma odaklansa da, belirli toplum ortamlarında doğrudan bakım sağlarlar. Bu, toplum sağlığı kliniklerinde ve ev ziyaretleri sırasında sağlık değerlendirmeleri ve hemşirelik bakımı yapmayı içerebilmektedir (Córdova vd., 2012).

HSH'ler hem toplum hem de ulusal düzeyde savunuculuk yapar. Sağlık hizmetlerinin mevcudiyetini ve erişilebilirliğini etkileyen politika kararlarını etkilemek için çalışırlar (Cashman vd., 2001). Aynı zamanda özellikle savunmasız nüfuslar için sağlık hizmetlerine erişimi sağlamada çok önemli bir rol oynarlar. Hizmet alımı yetersiz bölgelerde çalışarak temel hizmetleri sağlar ve bireylerin finansal veya coğrafi engeller olmadan ihtiyaç duydukları bakıma erişebilmelerini sağlarlar (Melo vd., 2020).

Halk sağlığı hemşireleri çeşitli sağlık hizmeti sağlayıcıları, toplum kaynakları ve devlet kurumlarıyla iş birliği içinde çalışarak sağlık hizmetlerinin daha iyi entegrasyonunu teşvik eder. Bu disiplinler arası yaklaşım, genel refahı etkileyen sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alarak sağlık ihtiyaçlarının kapsamlı yönetimini sağlar (Sawin vd., 2024).

2.4.3. Halk Sağlığı Hemşiresinin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Sürecindeki Rolü

Halk sağlığı hemşireliği, sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi yoluyla toplum sağlığı sonuçlarını güçlendirmeye adanmış, hemşirelik mesleği içinde bir uzmanlık alanıdır (Moulton vd., 2024). Halk sağlığı hemşireleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde çok önemlidir; değerlendirmeler yapar, sağlık ihtiyaçlarını netleştirir, kalite iyileştirme girişimlerine öncülük eder ve geliştirilmiş toplum sağlığı sonuçları için savunuculuk yaparlar. Uzmanlık bilgileri, sağlık hizmeti sunumundaki boşlukları tespit etmelerine ve ele almalarına, eşit erişimi ve etkin hizmet sunumunu sağlamalarına olanak tanımaktadır. HSH'ler, sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek için sağlık verilerini toplama ve analiz etmede görev alırlar. Sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan müdahale programları ile politika girişimlerinin geliştirilmesine rehberlik ederler (Colliers vd., 2016). HSH'lerin temel sorumluluklarından bir tanesi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalite iyileştirme girişimlerine liderlik etmektir (Kelly vd., 2011). HSH'ler, koruyucu sağlık programlarının etkinliğini değerlendirmede çok önemli olan sağlık eğitiminde temel rol oynarlar. Toplum üyelerini sağlık riskleri konusunda eğiterek ve mevcut hizmetlerin kullanımını teşvik ederek, bireyleri sağlıklarını yönetmede aktif rol oynamasını sağlarlar (Joshi vd., 2013; Yoshioka-Maeda vd., 2023). Halk sağlığı hemşireleri, hizmet alımı yetersiz nüfuslar için savunuculuk yaparak sağlık hizmetlerinin erişilebilir kalmasını sağlar. Erişim

engellerini tespit eder ve sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmeyi amaçlayan politika değişiklikleri önererek, sağlık hizmeti erişimini ve etkinliğini geliştirirler (Leahy-Warren vd., 2017; Ngo vd., 2009).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sürekli bir değişim içindeyken, HSH'lerin rolü, gelecekteki halk sağlığı girişimlerini yönetmede, hizmet kalitesini iyileştirmede ve toplum sağlığını teşvik etmede önemlidir.

2.5. Muş İlinin Demografik zellikleri ve Sağlık Profili

2.5.1. Muş İlinin Demografik zellikleri

Muş ili Doğu Anadolu Bölgesi'nin Yukarı Murat-Van bölümünde yer almaktadır. Muş, doğudan Ağrının Patnos ve Tutak, Bitlis'in Ahlat ve Adilcevaz, kuzeyden Erzurum'un Karayazı, Hınıs, Tekman, Karaçoban, batıdan Bingln Karlıova ve Solhan, güneyden ise Diyarbakır'ın Kulp, Siirt'in Sason ve Bitlis'in Güroymak ve Mutki ilçeleri ile çevrilidir. Muş yüksek ve dağlı bir bölgededir ve genel olarak sert ve karasal iklimin etkisi altındadır. Muş ili Bulanık, Varto, Hasköy, Korkut ve Malazgirt ilçelerinden oluşmaktadır. Toplam 23 belediye sahip olan Muş'ta 366 köy ve 124 mahalle bulunmaktadır. Merkez ve 5 ilçenin toplam nüfusu 411.117'dir. Muş ili oldukça genç bir nüfus yapısına sahiptir. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre 2023 nüfusunun %51'i 25 yaş altındadır. "15-64" yaş grubundaki her 100 kişi için "0-14" ve "65 ve daha yukarı" yaş gruplarındaki kişi sayısı olarak tanımlanan bağımlılık oranı verilerine bakıldığında Muş'ta toplam yaş bağımlılık oranının çok yüksek olduğu görülmektedir. 2023 yılı için toplam yaş bağımlılık oranı Türkiye için %46,34 iken Muş ilinde bu oran %60,24'tür. Bu nüfus içerisinde erkek nüfusun kadın nüfustan fazla olduğu ve nüfusun giderek azaldığı görülmektedir. Muş ilinde doğumlara bağlı olarak nüfus artarken verilen g alınan gten fazladır. Eğitim durumuna bakıldığında erkek nüfus içerisinde %98,3' okuma yazma bilmekte, kadın nüfus içerisinde ise bu oran %90,1 olarak bildirilmektedir. Muş ili yüzölçümü 8.196 km'dir ve genellikle geçimini tarım ve hayvancılık ile sağlamaktadır. Nüfusun büyük bir bölümü köylerde yaşamaktadır. İl merkezinin denizden yüksekliliği 1334 metredir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024).

2.5.2. Muş İlinin Sosyoekonomik Göstergeleri

Türkiye İstatistik Kurumu 2022 yılındaki verilere göre Muş ilinin ekonomik büyüklüğü gayrisafi yurt içi hasıla değeri 29,3 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Bu değerlere bakıldığında Muş ilinin Türkiye içerisindeki payı %0.20 seviyesindedir. Türkiye’de 2022 yılında kişi başına Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYH) 176.561 TL iken bu oran Muş ilinde 72.894 TL olarak gerçekleşmiştir. Muş ilinde hizmet sektörünün öne çıktığı görülmektedir. Hizmet sektörünün oranı 2022 yılında %54,7 iken sanayi sektörü %12,4 ve tarım sektörünün oranı ise %32.9 olarak görülmektedir. Bu verileri Türkiye verileri ile karşılaştırdığımızda (Türkiye verileri: tarım %7,2, sanayi %35, hizmetler %57,8) Muş ilinin tarım payının yüksek, sanayi payının düşük olduğu görülmektedir (TÜİK, 2024).

2.5.3. Muş İlinde Sağlık Hizmetleri İstatistiksel Verileri

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2022 yılında Muş ilinde toplam 7 adet hastane faaliyet göstermektedir. Muş’un her ilçesinde bir tane devlet hastanesi hizmet vermektedir. Merkez ilçede bir devlet ve bir özel hastane bulunmaktadır. Muş ilinin toplam hastane yatak sayısı 755’tir. Türkiye’de 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 30,7 iken Muş ilinde bu oran 18,9 olduğundan dolayı Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Muş ilinde 131 aile hekimliği birimi hizmet vermektedir. Aile hekimliği birimi başına 3.047 kişi düşmektedir. Muş ilinde 18 adet acil yardım istasyonu ve 39 adet acil yardım ambulansı bulunmaktadır. İlde 208 uzman hekim bulunurken toplam 479 hekim, 55 diş hekimi ve 85 eczacı hizmet vermektedir. Hastanelerde toplam 903 hemşire ve 228 ebe görev yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2024).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipdedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma sosyoekonomik seviyesi yüksek olan Muş Merkez 1 Nolu ASM ile sosyoekonomik seviyesi düşük olan Güzeltepe ASM’de Temmuz 2024 - Haziran 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın süreç takvimi Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Muş 1 Nolu ASM’de 11 hekim ve 9 hemşire görev yapmakta olup hizmet verdiği nüfus toplam 31000’dir. Güzeltepe ASM’de ise 3 hekim ve 2 hemşire görev yapmaktadır. ASM’nin hizmet verdiği nüfus 7500 kişiden oluşmaktadır.

Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi

	Tarih
Araştırma konusunun belirlenmesi	13.02.2024
Etik Kurul onayı	04.04.2024
Araştırma için gerekli verilerinin toplanması	07.2024-06.2025
Araştırma yazım sürecinin tamamlanması	30.10.2025
Tez savunma	24.12.2025

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Muş Merkez 1 Nolu ASM ve Gültepe ASM bölgelerinde ikamet eden bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evreni belli olmayan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ($t^2 \times p \times q / d^2$) kullanılmıştır. Buna göre ilgili ASM bölgelerinin her birinden 374 olmak üzere toplam 748 birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Türkçe konuşmak,
- İletişimi engelleyen herhangi bir sağlık sorunu olmamak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmektir.
- Belirtilen Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Değerlendirme Gereci kullanılarak toplanmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (EK-1): Araştırmacılar tarafından hazırlanan form katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir, çocuk sayısı, kronik hastalık durumu olmak üzere 12 sorudan oluşmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Değerlendirme Gereci (EK-2): Ölçeğin ilk olarak Shi ve Starfield tarafından 1998 yılında çocuk sürümü geliştirilmiş ve geçerliliği yapılmış olup yetişkin, çocuk ve sağlık hizmet sunucuları için oluşturulmuş farklı sürümleri bulunmaktadır. Ayrıca her sürümün kendi içinde genişletilmiş ve kısa formları mevcuttur (Starfield & Shi, 2009). Ölçeğin Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışması Lağarlı, Eser ve Baydur (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 7 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutların ilk dört tanesi çekirdek boyutlar olup birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirmede temel olarak kabul edilmektedir. Bu dört boyut ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdumdür. Bu dört çekirdek boyut kendi içinde hizmete erişim, hizmetten faydalanma, tıbbi bakımın sürekliliği, hekime olan bağlılık düzeyi, mevcut hizmetler, sunulan hizmetler, hizmetin koordinasyonu, kayıt ve bilgi koordinasyonu olarak 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Diğer üç boyut ise türetilmiş boyutlar olarak tanımlanır ve birinci basamak sağlık hizmetinin aile ve toplum tabanlı kimi yönelimlerini ölçmeyi hedeflemektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) puanı dört çekirdek boyutun ortalama puanlarının toplanması ile elde edilir. Dört veya daha fazla alt boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda BBSH hesaplanamaz. Üç veya daha az boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda diğer alanların ortalama puanı ile BSH hesaplanabilir. Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (GBSH) puanı 11 alt boyutun ortalama puanlarının toplanması ile elde edilir. 6 veya daha fazla alt boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda GBSH hesaplanamaz. Yanıt seçenekleri dörtlü likert tipindedir; puan arttıkça ölçülen özellik iyileşmektedir. Her bir boyut ortalama puanı toplam boyut puanının soru sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. C9, C10, C11, C12 ve D15. maddeler ters çevrilerek puanlamaya

dahil edilmektedir. Ölçeğin alt boyut Cronbach alfa değerleri 0,53-0,94 arasında değişmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama sürecine geçilmeden önce katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgilendirme yapılmış; gönüllülük esasına dayalı olarak sözel onamları alınmıştır. Muş İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve ASM sorumlu hekimlerinden izinler alınarak ASM'lerde anketler uygulanmıştır. Anket uygulamaları, her bir katılımcı için ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarıdır.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir ve kronik hastalık durumu ve ASM bölgesi'dir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Tablo 3.2'de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise "Kurtosis" ve "Skewness" kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır (Büyüköztürk, 2014).

Tablo 3.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskal Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	748	0,422	0,089	-0,871	0,179
Hizmetten Faydalanma	748	-0,003	0,089	-1,575	0,179
Hizmete Erişim	748	0,372	0,089	1,975	0,179
Tıbbi Bakımın Sürekliliği	748	0,683	0,089	-0,479	0,179
Hekime Olan Bağlılık	748	-0,172	0,089	-1,681	0,179
Mevcut Hizmetler*	748	5,008	0,089	61,179	0,179
Sunulan Hizmetler*	748	1,528	0,089	9,338	0,179
Hizmetin Koordinasyonu	748	0,940	0,089	0,144	0,179
Kayıt/Bilgi Koordinasyon	748	0,590	0,089	0,251	0,179
Aile Merkezli Hizmet*	748	-0,159	0,089	3,153	0,179
Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım*	748	1,568	0,089	5,572	0,179
Kültürel Uyum	748	-0,584	0,089	1,269	0,179
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	748	0,135	0,089	-0,064	0,179
Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	748	0,183	0,089	0,139	0,179

* Normal dağılmayan verilerdir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmaya başlamadan önce Erzurum Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan (Karar Sayısı: 05 Tarih: 04.04.2024), etik kurul izni (EK-3) ve araştırmada kullanılacak ölçekler için ilgili yazarlardan kullanım izni alınmıştır. (EK-4). Muş İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmanın ilgili ASM'lerde yürütülebilmesi için kurum izni alınarak (EK-5), çalışmaya alınacak bireylerin sözel onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıkları arasında; verilerin öz-bildirime dayalı olması nedeniyle katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinin çalışanları ve işleyişi hakkında yanlış veya eksik bilgi verme olasılığı yer almaktadır. Bu araştırma yalnızca Muş Merkez 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ile Güzeltepe Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireyler ile gerçekleştirildiğinden, sonuçlar genellenebilirlik açısından kısıtlıdır. Ayrıca, ASM bölgelerinde sosyoekonomik statünün değerlendirilmesi açısından

araştırmacı tarafından herhangi bir ölçüm yapılmamıştır. ASM bölgesinin sosyoekonomik statüsü ASM çalışanlarının değerlendirmesi ve belediye ile muhtarlıklardan referans alınarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%		
ASM Bölgesi	Güzeltepe	374	50,0		
	Merkez 1 No’lu	374	50,0		
Cinsiyet	Kadın	377	50,4		
	Erkek	371	49,6		
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	37	4,9		
	Okur yazar	16	2,1		
	İlkokul	51	6,8		
	Ortaokul	149	19,9		
	Lise	355	47,5		
	Üniversite	140	18,7		
Medeni Durum	Evli	511	68,3		
	Bekar	237	31,7		
Sosyal Güvence	Var	700	93,6		
	Yok	48	6,4		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	454	60,7		
	Gelir gidere eşit	259	34,6		
	Gelir giderden fazla	35	4,7		
Kronik Hastalık Durumu	Var	135	18,0		
	Yok	613	82,0		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	748	18	83	39,73	16,32

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi katılımcıların %50’si Güzeltepe ASM bölgesinde yaşamaktadır (n=374), %50,4’ü kadındır, %47,5’i lise mezunudur ve %68,3’evlidir. Katılımcıların %93,6’sının sosyal güvencesi vardır, %60,7’sinin geliri giderinden azdır ve %82’sinin kronik hastalığı yoktur. Katılımcıların yaş ortalaması 39,73±16,32’dir.

Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci puan ortalamaları Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Puan Ortalamaları Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hizmetten Faydalanma	748	1,00	3,33	2,07	0,78
Hizmete Erişim	748	1,75	4,00	2,40	0,25
Tıbbi Bakımın Sürekliliği	748	2,00	3,33	2,48	0,31
Hekime Olan Bağlılık	748	1,00	4,00	2,52	1,28
Mevcut Hizmetler	748	1,72	4,00	2,06	0,16
Sunulan Hizmetler	748	0,00	4,00	1,76	0,42
Hizmetin Koordinasyonu	748	1,67	3,44	2,17	0,37
Kayıt/Bilgi Koordinasyon	748	1,00	4,00	2,52	0,62
Aile Merkezli Hizmet	748	1,00	4,00	2,62	0,51
Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım	748	1,00	4,00	1,88	0,38
Kültürel Uyum	748	1,00	4,00	2,57	0,55
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH)	748	13,40	24,72	17,98	1,96
Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (GBBSH)	748	19,41	33,55	25,05	2,38

Katılımcılar Hizmetten Faydalanma alt boyutundan $2,07\pm0,78$, Hizmete Erişim alt boyutundan $2,40\pm0,25$, Tıbbi Bakımın Sürekliliği alt boyutundan $2,48\pm0,31$, Hekime Olan Bağlılık alt boyutundan $2,52\pm1,28$, Mevcut Hizmetler alt boyutundan $2,06\pm0,16$, Sunulan Hizmetler alt boyutundan $1,76\pm0,42$, Hizmetin Koordinasyonu alt boyutundan $2,17\pm0,37$, Kayıt/Bilgi Koordinasyon alt boyutundan $2,52\pm0,62$, Aile Merkezli Hizmet alt boyutundan $2,62\pm0,51$, Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım alt boyutundan $1,88\pm0,338$, Kültürel Uyum alt boyutundan $2,57\pm0,55$, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Çekirdek) alt boyutundan $17,98\pm1,96$ ve Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alt boyutundan $25,05\pm,38$ puan almışlardır (Tablo 4.2).

Demografik özelliklere göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Geceri Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Hizmetten Faydalanma		Hizmete Erişim		Tıbbi Bakımın Sürekliliği		Hekime Olan Bağlılık		Mevcut Hizmetler		Sunulan Hizmetler		Hizmetin Koordinasyonu		Kayıt/Bilgi Koordinasyon		Çekirdek Toplam	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	377	2,02	0,79	2,38	0,24	2,47	0,32	2,51	1,28	2,07	0,19	1,77	0,38	2,14	0,36	2,55	0,65	17,92	1,89
	Erkek	371	2,12	0,76	2,42	0,25	2,48	0,30	2,53	1,28	2,06	0,11	1,75	0,45	2,21	0,38	2,49	0,58	18,05	2,04
	Test ve Önemlilik		t=-1,758 p=0,079		t=-1,697 p=0,090		t=-0,561 p=0,575		t=-0,232 p=0,817		U=68,283,500 p=0,574		U=65,441,500 p=0,128		t=-2,512 p=0,012		t=1,398 p=0,163		t=-0,954 p=0,340	
Eğitim Durumu	OY değil	37	2,71	0,25	2,64	0,08	2,60	0,11	2,57	1,17	2,08	0,08	1,86	0,36	2,32	0,29	2,15	0,27	18,93	1,30
	OY	16	2,77	0,29	2,67	0,07	2,70	0,20	3,00	1,10	2,04	0,06	2,10	0,60	2,38	0,37	2,15	0,21	19,82	1,40
	İlkokul	51	2,76	0,32	2,61	0,09	2,86	0,27	2,67	1,21	2,12	0,08	1,95	0,40	2,23	0,49	2,30	0,20	19,49	1,63
	Ortaokul	149	2,77	0,37	2,60	0,18	2,73	0,27	2,53	1,21	2,05	0,11	1,89	0,63	2,30	0,47	2,20	0,40	19,07	1,77
	Lise	355	1,87	0,76	2,34	0,22	2,39	0,28	2,54	1,31	2,07	0,20	1,70	0,28	2,14	0,34	2,54	0,58	17,61	1,82
	Üniversite	140	1,33	0,31	2,17	0,13	2,24	0,11	2,35	1,36	2,03	0,14	1,61	0,33	2,02	0,16	3,03	0,73	16,78	1,66
Medeni Durum	Test ve Önemlilik		F=127,670 p=0,000		F=124,893 p=0,000		F=95,323 p=0,000		F=1,103 p=0,357		χ^2_{KW} =19,230 p=0,005		χ^2_{KW} =50,463 p=0,000		F=11,732 p=0,000		F=41,050 p=0,000		F=41,699 p=0,000	
	Evli	511	2,11	0,78	2,42	0,25	2,49	0,31	2,51	1,28	2,07	0,14	1,77	0,38	2,19	0,36	2,46	0,60	18,02	1,89
	Bekar	237	1,99	0,77	2,35	0,24	2,46	0,31	2,54	1,29	2,05	0,19	1,72	0,49	2,14	0,40	2,65	0,62	17,90	2,12
Sosyal Güvence	Test ve Önemlilik		t=1,830 p=0,068		t=4,049 p=0,000		t=1,207 p=0,228		t=-0,252 p=0,801		U=49,640,000 p=0,000		U=55,355,000 p=0,058		t=1,542 p=0,123		t=-4,057 p=0,000		t=0,783 p=0,434	
	Var	700	2,01	0,77	2,39	0,25	2,47	0,32	2,50	1,29	2,06	0,16	1,76	0,42	2,15	0,36	2,54	0,63	17,88	1,95
	Yok	48	2,92	0,25	2,59	0,11	2,64	0,20	2,81	1,20	2,07	0,09	1,73	0,36	2,54	0,36	2,26	0,33	19,55	1,40
GG az	Test ve Önemlilik		t=-19,374 p=0,000		t=-10,738 p=0,000		t=-5,421 p=0,000		t=-1,725 p=0,090		U=16,614,500 p=0,897		U=14,974,500 p=0,207		t=-7,330 p=0,000		t=5,255 p=0,000		t=-7,814 p=0,000	
		454	2,50	0,64	2,53	0,21	2,62	0,32	2,58	1,23	2,05	0,11	1,81	0,47	2,26	0,43	2,31	0,43	18,65	1,91

Gelir Durumu	GG eşit	259	1,42	0,45	2,20	0,14	2,25	0,10	2,44	1,36	2,09	0,22	1,64	0,30	2,04	0,19	2,81	0,74	16,90	1,58
	GG fazla	35	1,30	0,32	2,21	0,17	2,28	0,10	2,43	1,38	2,05	0,14	1,91	0,23	2,02	0,12	3,11	0,32	17,31	1,32
Test ve Önemlilik			F=330,016		F=251,694		F=179,822		F=1,038		$\chi^2_{KW}=12,405$		$\chi^2_{KW}=38,141$		F=33,236		F=90,880		F=82,084	
			p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,355		p=0,002		p=0,000		p=0,000		p=0,000		p=0,000	
Kronik Hastalık Durumu	Var	135	2,22	0,72	2,48	0,27	2,51	0,33	2,37	1,25	2,08	0,10	1,92	0,47	2,14	0,36	2,38	0,53	18,10	1,86
	Yok	613	2,04	0,79	2,38	0,24	2,47	0,31	2,56	1,29	2,06	0,17	1,72	0,40	2,18	0,37	2,55	0,63	17,96	1,99
Test ve Önemlilik			t=2,643		t=4,005		t=1,235		t=-1,525		U=37,051,500		U=30,079,000		t=-1,087		t=-3,176		t=0,761	
			p=0,009		p=0,000		p=0,217		p=0,128		p=0,055		p=0,000		p=0,277		p=0,002		p=0,447	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, U: Mann Whitney U testi, χ^2_{KW} : Kruskal Wallis analizi.

Hizmetten Faydalanma alt boyutu için;

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi eğitim durumu, sosyal güvence, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre Hizmetten Faydalanma alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, okuryazar değil (OY değil), okuryazar (OY), ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Tablo 4.3’de görüldüğü gibi cinsiyet ve medeni duruma göre Hizmetten Faydalanma alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hizmete Erişim alt boyutu için;

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre Hizmete Erişim alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Evlilerin puan ortalaması daha yüksektir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Cinsiyete göre Hizmete Erişim alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tıbbi Bakımın Sürekliliğı alt boyutu için;

Eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre Tıbbi Bakımın Sürekliliğı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık durumuna göre Tıbbi Bakımın Sürekliliğı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Hekime Olan Bağlılık alt boyutu için;

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre Hekime Olan Bağlılık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Mevcut Hizmetler alt boyutu için;

Katılımcıların eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumuna göre Mevcut Hizmetler alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ilkokul mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Evli olanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi cinsiyet, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna göre Mevcut Hizmetler alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sunulan Hizmetler alt boyutu için;

Katılımcıların eğitim durumu, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre Sunulan Hizmetler alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); lise mezunlarının puanlarının, OY, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca üniversite mezunlarının puanları da OY değil, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşüktür. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); geliri giderine eşit olanların puanlarının, geliri giderinden fazla ve az olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderinden az olanların puanları da geliri giderinden fazla olanlardan düşüktür. Kronik hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum ve sosyal güvenceye göre Sunulan Hizmetler alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hizmetin Koordinasyonu alt boyutu için;

Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre Hizmetin Koordinasyonu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir. Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, ilkokul ve ortaokul

mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların medeni durumuna ve kronik hastalık durumuna göre Hizmetin Koordinasyonu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Kayıt/Bilgi Koordinasyon alt boyutu için;

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre Kayıt/Bilgi Koordinasyon alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ilkokul ve ortaokul mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekarların puan ortalaması daha yüksektir. Sosyal güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderine eşit olanların puanları da geliri giderinden fazla olanlardan düşüktür. Kronik hastalığı olmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Katılımcıların cinsiyetine göre Kayıt/Bilgi Koordinasyon alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) puanı için;

Katılımcıların eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre BBSH puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık durumuna göre BBSH puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Demografik özelliklere göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Geceri Aile Merkezli Hizmet, Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım, Kültürel Uyum alt boyutları ve Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (GBBSH) puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Geceri Aile Merkezli Hizmet, Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım, Kültürel Uyum Alt Boyutları ve GBBSH Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Aile Merkezli Hizmet		Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım		Kültürel Uyum		GBBSH	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	377	2,66	0,46	1,88	0,39	2,51	0,54	24,97	2,27
	Erkek	371	2,58	0,56	1,88	0,36	2,63	0,56	25,14	2,48
	Test ve Önemlilik		U=66.550,500 p=0,232		U=69,625,000 p=0,916		t=-3,110 p= 0,002		t=-1,017 p=0,310	
Eğitim Durumu	OY değil	37	2,64	0,49	1,75	0,24	2,81	0,27	26,13	1,36
	OY	16	2,58	0,56	1,80	0,19	2,96	0,34	27,16	1,79
	İlkokul	51	2,93	0,53	1,79	0,34	2,98	0,32	27,20	1,67
	Ortaokul	149	2,56	0,43	2,01	0,44	3,02	0,37	26,66	2,04
	Lise	355	2,65	0,47	1,88	0,37	2,44	0,55	24,57	2,17
	Üniversite	140	2,49	0,61	1,81	0,33	2,17	0,37	23,25	1,75
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=22,746$ p= 0,000		$\chi^2_{KW}=22,504$ p= 0,000		F=69,380 p= 0,000		F=63,863 p= 0,000	
Medeni Durum	Evli	511	2,62	0,53	1,91	0,41	2,58	0,58	25,13	2,34
	Bekar	237	2,61	0,47	1,81	0,29	2,55	0,49	24,88	2,45
	Test ve Önemlilik		U=57,972,500 p=0,327		U=52,735,500 p= 0,004		t=0,630 p=0,529		t=1,384 p=0,167	
Sosyal Güvence	Var	700	2,61	0,51	1,88	0,38	2,55	0,56	24,92	2,38
	Yok	48	2,74	0,42	1,83	0,29	2,81	0,34	26,93	1,45
	Test ve Önemlilik		U=13,301,000 p= 0,012		U=15,556,500 p=0,384		t=-4,669 p= 0,000		t=-8,807 p= 0,000	
Gelir Durumu	GG az	454	2,65	0,48	1,89	0,42	2,84	0,41	26,03	2,23
	GG eşit	259	2,56	0,57	1,83	0,29	2,17	0,47	23,47	1,74
	GG fazla	35	2,70	0,35	2,10	0,28	2,01	0,57	24,11	1,51
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=3,730$ p=0,155		$\chi^2_{KW}=22,997$ p= 0,000		F=219,738 p= 0,000		F=133,035 p= 0,000	
Kronik Hastalık Durumu	Var	135	2,72	0,45	1,88	0,38	2,61	0,62	25,32	2,21
	Yok	613	2,60	0,52	1,88	0,38	2,56	0,54	25,00	2,41
	Test ve Önemlilik		U=35.987,000 p= 0,013		U=41,335,000 p=0,985		t=1,031 p=0,303		t=1,416 p=0,157	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, U: Mann Whitney U testi, χ^2_{KW} : Kruskal Wallis

Aile Merkezli Hizmet alt boyutu için;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi eğitim durumu, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna göre Aile Merkezli Hizmet alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); lise mezunlarının puanlarının, ilkokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca üniversite mezunlarının puanları da ilkokul ve lise mezunlarından düşüktür. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Kronik hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve gelir durumuna göre Aile Merkezli Hizmet alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım alt boyutu için;

Katılımcıların eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumuna göre Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ortaokul mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ilkokul, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Evlilerin puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); Geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve az olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi cinsiyet, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna göre Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kültürel Uyum alt boyutu için;

Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre Kültürel Uyum alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir. Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Geliri

giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların medeni durum ve kronik hastalık durumuna göre Kültürel Uyum alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri toplam puanı için;

Katılımcıların eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre GBBSH puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite/lise mezunlarının puanlarının, OY değil, OY, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); Geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık durumuna göre GBBSH puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Yaş ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Yaş ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=748)

		Yaş
Hizmetten Faydalanma	r	0,055
	p	0,136
Hizmete Erişim	r	0,093
	p	0,011
Tıbbi Bakımın Sürekliliği	r	-0,035
	p	0,344
Hekime Olan Bağlılık	r	-0,038
	p	0,305
Mevcut Hizmetler	r	0,130
	p	0,000
Sunulan Hizmetler	r	0,134
	p	0,000
Hizmetin Koordinasyonu	r	0,032
	p	0,375
Kayıt/Bilgi Koordinasyon	r	-0,179
	p	0,000
Aile Merkezli Hizmet	r	0,110
	p	0,003
Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım	r	0,009
	p	0,803
Kültürel Uyum	r	0,065
	p	0,075
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çekirdek	r	-0,019
	p	0,601
Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	r	0,028
	p	0,440

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi katılımcıların *Hizmetten Faydalanma, Tıbbi Bakımın Sürekliliği, Hekime Olan Bağlılık, Hizmetin Koordinasyonu, Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım, Kültürel Uyum* alt boyut puan ortalamaları, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri* ve *GBBSH* puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların yaşı ile *Hizmete Erişim, Mevcut Hizmetler, Sunulan Hizmetler* ve *Aile Merkezli Hizmet* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hizmete Erişim, Mevcut Hizmetler, Sunulan Hizmetler ve Aile Merkezli Hizmet alt boyut puanları arttıkça yaş da artmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi *Kayıt/Bilgi Koordinasyon* alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Kayıt/Bilgi Koordinasyon alt boyut puanı arttıkça yaş düşmektedir.

Bölgelere göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci

alt boyutundan alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Bölgelere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci Alt Boyutları, BBSH ve GBBSH Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Ort.	SS.	Test	p
Hizmetten Faydalanma	Güzeltepe	374	2,80	0,28	t=68,888	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	1,35	0,30		
Hizmete Erişim	Güzeltepe	374	2,60	0,15	t=40,033	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	2,20	0,13		
Tıbbi Bakımın Sürekliliği	Güzeltepe	374	2,72	0,25	t=34,893	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	2,23	0,11		
Hekime Olan Bağlılık	Güzeltepe	374	2,54	1,23	t=0,427	0,669
	Merkez 1 Nolu	374	2,50	1,34		
Mevcut Hizmetler	Güzeltepe	374	2,07	0,10	U=67,532,000	0,412
	Merkez 1 Nolu	374	2,06	0,20		
Sunulan Hizmetler	Güzeltepe	374	1,86	0,49	U=51,401,500	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	1,66	0,29		
Hizmetin Koordinasyonu	Güzeltepe	374	2,30	0,47	t=10,207	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	2,04	0,16		
Kayıt/Bilgi Koordinasyon	Güzeltepe	374	2,19	0,33	t=-17,227	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	2,85	0,66		
Aile Merkezli Hizmet	Güzeltepe	374	2,61	0,46	U=68,492,000	0,610
	Merkez 1 Nolu	374	2,63	0,55		
Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım	Güzeltepe	374	1,91	0,44	U=68,944,000	0,733
	Merkez 1 Nolu	374	1,85	0,30		
Kültürel Uyum	Güzeltepe	374	2,98	0,32	t=29,367	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	2,17	0,42		
BBSH	Güzeltepe	374	19,08	1,69	t=18,492	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	16,88	1,56		
GBBSH	Güzeltepe	374	26,58	1,89	t=22,900	0,000
	Merkez 1 Nolu	374	23,53	1,75		

t: Bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U testi.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, ASM bölgesine göre; **Hizmetten Faydalanma**, **Hizmete Erişim**, **Tıbbi Bakımın Sürekliliği**, **Sunulan Hizmetler**, **Hizmetin Koordinasyonu**, **Kayıt/Bilgi Koordinasyon**, **Kültürel Uyum** alt boyut, **BBSH** ve **GBBSH** puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Güzeltepe bölgesinde yaşayanların Hizmetten Faydalanma, Hizmete Erişim, Tıbbi Bakımın Sürekliliği, Sunulan Hizmetler, Hizmetin Koordinasyonu, Kültürel Uyum, BBSH ve GBBSH puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.6).

Merkez 1 Nolu ASM bölgesinde yaşayan katılımcıların ***Kayıt/Bilgi Koordinasyon*** alt boyut puan ortalaması Güzeltepe ASM bölgesinde yaşayan katılımcılardan daha yüksektir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi ***Hekime Olan Bağlılık, Mevcut Hizmetler, Aile Merkezli Hizmet, Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım*** durumuna göre Bölgelere Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gereci alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Muş ilinde iki farklı sosyoekonomik düzeydeki Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmelerini ve demografik özelliklerin bu değerlendirmeye etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bulguları, demografik faktörlerin birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Hizmetten Faydalanma ve Etkileyen Faktörler

Çalışmada katılımcıların hizmetten faydalanma puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların, sosyal güvencesi olmayanların, geliri az olanların, kronik hastalığı olanların ve sosyoekonomik durumu düşük olan bölgelerde yaşayanların hizmetten faydalanma puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği literatür incelendiğinde; eğitim düzeyinin, sağlık okuryazarlığı, beklentiler ve farklı erişim veya kullanım modelleri aracılığıyla hizmetten yararlanımı etkileyebildiği belirtilmektedir. Bu çalışma bulgusuna paralel olarak; eğitim seviyesi düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerini anlama ve kullanma yeteneklerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda, eğitim seviyesi düşük kişiler arasında, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda artan bir ihtiyaç olduğu, dolayısıyla sağlık sisteminin bu gruba yönelik daha fazla kaynak ayırması gerektiği vurgulanmaktadır (Şenol vd., 2019). Benzer şekilde, diğer araştırmalar, düşük eğitim düzeyinin sağlık arama davranışları üzerinde anlamlı farklılıklar yarattığını göstermektedir (Bektaş & Uysal, 2024). Bazı kültürlerarası birinci basamak değerlendirme gereci uyarlama çalışmaları, yüksek eğitim seviyesinin daha yüksek beklentiler ve farklı kullanım modelleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Liang vd., 2019; Liu vd., 2022; Zeng vd., 2015). Bireylerin eğitim seviyesinin artması hizmetlerin erişilebilirliği veya faydasına yönelik daha eleştirel değerlendirmeler yapmalarına neden olabilmektedir ve hizmetten beklentiler ile kullanım davranışlarındaki farklılıklar bu doğrultuda açıklanabilir.

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan bireylerin hizmetten faydalanma puan ortalaması yüksek olup literatürde bu bulguya zıt olarak sosyal güvencesi olmayan

bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde çeşitli zorluklarla karşılaştığı belirtilmektedir. Farklı olarak sosyal sigortası olmayan gruplar, birinci basamak bakımın uzmanlık veya hastane hizmetlerinin yerine geşittiği veya ödeme mekanizmalarının birinci basamak başvurularını teşvik ettiği ortamlarda daha ylıksek kullanım rapor edebilmektedir (Liang vd., 2019; Liu vd., 2022).

Ekonomik durumun sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkisi de oldukça fazladır. Düşük gelir düzeyine sahip bireyler, sağlık hizmetlerine erişimlerini sınırlayan ek mali yükler ile karşılaşmaktadır. Böylece, düşük sosyoekonomik grup içindeki bireylerin, sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının artırılması amacıyla daha fazla önlem alınması gerekmektedir. Bu çalışmada finansal kısıtlılıklar, birinci basamağın uygun maliyetli olması açısından temel hizmetten faydalanma alanı olarak algılanmasına neden olmuş olabilir (Liang vd., 2019; Liu vd., 2022). Düşük gelirli gruplar arasında ölçülen daha yüksek kullanım, özellikle BBSH'nin amaçlanan ilk başvuru yeri olarak kullanıldığı ortamlarda, uzman veya hastane tabanlı bakıma sınırlı erişim nedeniyle BBSH'ye daha fazla bağımlılığı yansıtırıyor olabilir.

Kronik hastalığa sahip bireyler için sağlık hizmetlerine erişim oldukça önemli olup, çalışmalarda, kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyduğu belirtilmekte ve bu durumun birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini artırdığı vurgulanmaktadır (Öztürk vd., 2021). Bektaş ve Uysal (2024), kronik hastalığın bireylerin sağlık arama davranışları üzerinde anlamlı farklılıklar yarattığını göstermiştir. Dolayısıyla, bu grup bireylerin hizmetten faydalanma puan ortalamasının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Hizmete Erişim ve Etkileyen Faktörler

Çalışmada katılımcıların hizmete erişim puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanların, evlilerin, sosyal güvencesi olmayanların, geliri az olanların, kronik hastalığı olanların ve sosyoekonomik durumu düşük olan bölgelerde yaşayanların hizmete erişim puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda yaş artıkça hizmete erişim puan ortalamaları da artış göstermektedir.

Literatürde, eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı, beklentiler ve sistem tasarımı aracılığıyla algılanan erişimi etkilediği belirtilmektedir. Bazı alışmalar, yüksek eğitimli bireylerin daha eleştirel değerlendirme yapabildiğini ve erişimdeki

eksiklikleri daha net görebildiğini, bu nedenle puanlarının daha düşük olabileceğini belirtmektedir (Lim vd., 2019; Zhang vd., 2022). Diğer çalışmalar ise yüksek eğitimin, sistem içinde daha iyi hareket edebilme becerisi sağladığı için hizmete erişim puanlarını yükseltebileceğini savunmaktadır (Donelle vd., 2021). Burada, yüksek eğitilmiş bireylerin beklentilerinin daha yüksek olduğu ve sistemdeki aksaklıkları daha fazla fark ettiği düşünülebilir. Bu durum, eğitim ile algılanan erişim arasındaki ilişkinin bağlama göre değişebileceğini gösteren literatürle uyumludur (Gray & Muscat, 2025; Schumacher vd., 2013).

Medeni durum bir sosyal destek kaynağı olabilmektedir ve bu desteğin sağlık hizmetlerine ulaşımı veya kullanımı etkileyebileceği belirtilmektedir. Evli bireyler, eşleri tarafından sağlanan randevu almak, ulaşım sağlamak gibi destekler sayesinde hizmetlere daha kolay erişebildiklerini ifade etmektedirler (Duran, 2025). Ancak bu ilişki, toplumun kültürel yapısına ve sağlık sisteminin işleyişine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Söner vd., 2024; Şahin, 2023). Evlilikle gelen sosyal destek ağı, sağlık hizmetine erişimde karşılaşılan engelleri (örneğin, randevuların unutulması, muayeneye gidememe veya organizasyon eksikliği) azaltabilmektedir. Bu da bireyin hizmete erişebildiğini daha güçlü hissetmesine ve dolayısıyla bekarlara kıyasla daha yüksek puan almasına neden olabilir (Karakaya & Tuğral 2021; Yavaş, 2024). Bu bulgu, medeni durum gibi sosyal faktörlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim algısını etkilediğini gösteren bulgularla örtüşmektedir.

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan bireyler, sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksek hizmet erişim puanlarına sahiptir. Bu sonuç birkaç farklı nedenden kaynaklanıyor olabilir. Öncelikle sosyal güvencesi olmayan bireyler, karmaşık sigorta prosedürleri gibi engellerle karşılaşmadan, doğrudan birinci basamak sağlık merkezlerine başvurabilir. Bu da hizmete daha hızlı ve doğrudan erişim sağlamalarına neden olabilmektedir. Sosyal güvencesi olan bireyler, katkı payı ödeme veya uzun bekleme süreleri gibi durumlardan dolayı hayal kırıklığı yaşayabilir ve bu da hizmete erişim puanlarının düşük olmasını açıklayabilir (Kringos vd., 2010). Sağlık güvencesi olmayanlar hizmetin ücretsiz ve ulaşılabilir olmasından memnuniyet duyabilir (Homer vd., 2018). Uluslararası çalışmalar da sosyal güvence durumu ile hizmete erişim algısı arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu ve ülkeden ülkeye değiştiğini göstermektedir. Bazı orta gelirli ülkelerde

veya sağlık reformu yapılan yerlerde, sosyal güvencesi olmayanlar birinci basamağa daha olumlu bakarken, güvencesi olanlar sistemin getirdiği bazı yükümlülüklerden Őikayetçi olabilmektedir (Shirjang vd., 2025). Sosyal güvence olmayanların hizmete erişim puanlarının yüksek olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin resmi bir güvence olmasa da bu grup için basit ve etkili bir ilk başvuru noktası olduğunu düşündürmektedir (Johnson, 2006).

Çalışmada düşük gelirli bireylerin, geliri giderine eşit veya daha fazla olan bireylere göre hizmete erişim konusunda daha olumlu değerlendirme yaptığını göstermiştir. Araştırmalar, gelir düzeyinin sağlık hizmetine erişim algısını doğrudan etkilediğini göstermektedir (Larson & Halfon, 2010). Düşük gelirli bireyler, genellikle daha ucuz, erişilebilir ve az prosedür gerektiren birinci basamak sağlık hizmetlerini daha sık kullanırlar. Bu hizmetlere daha kolay ulaşabildikleri için hizmete erişim puanları yüksek çıkabilmektedir (Ellbrant vd., 2017).

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin, kronik hastalığı olmayanlara göre hizmete erişim puanları daha yüksektir. Bunun nedeninin, düzenli takip gerektiren bu hastaların aile hekimiyle sürekli ilişki içinde olması, sistemi ve randevu süreçlerini iyi tanıma olduğu düşünülmektedir. Bu durum da hizmete erişimi daha kolay ve sorunsuz algılamalarına neden olabilmektedir. Bu bulgu, dünya genelinde yapılan benzer araştırmalarla tutarlıdır. Birçok alışma, düzenli sağlık hizmeti kullanımının ve sürekli hasta-hekim ilişkisinin, kişinin sağlık sistemine erişim konusundaki güvenini ve memnuniyetini artırdığını göstermektedir (Hacımustafaoğlu, vd., 2018; Larson & Halfon, 2010; Kurt vd., 2020).

Tıbbi Bakımın Sürekliliği ve Etkileyen Faktörler

Eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre Tıbbi Bakımın Sürekliliği alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Ortaokul ve altı eğitim düzeyinde olanların, sosyal güvencesi olmayanların ve geliri giderinden az olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Çeşitli alışmalar, eğitim düzeyi ile sağlık hizmetlerinden yararlanma arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Akpak ve arkadaşları, daha düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip bakım verenlerin farklı sağlık arayışı davranışları sergilediğini ve bunun da zamanında sağlık hizmeti arama olasılıklarını etkileyebileceğini belirtmektedir (Akpak vd., 2015). Bu eğilim, eğitim eksikliğinin

ebeveynlerin çocukları için zamanında sağlık hizmetine erişim konusunda etkili karar vermelerini engelleyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, Başer ve arkadaşları güçlü bir birinci basamak bakım sisteminin kritik rolünü vurgulayarak, eğitimin sadece farkındalığı değil, aynı zamanda sağlık kaynaklarından yararlanmayı da etkilediğini belirtmektedir (Başer vd., 2015). Gündük ve arkadaşlarının araştırması, daha yüksek gelir düzeyine ve sosyal güvenceye sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Tersine, düşük gelirli ve sağlık sigortası bulunmayan bireyler, erişimlerini ve bakım sürekliliklerini sınırlayan engellerle karşılaşmaktadır (Gündük vd., 2023). Ek olarak, Ermiş ve ark. (2018) çalışması gelir ve sağlık güvencesinin iç içe geçmişliğinin, özellikle kronik durumlarda bireylerin tıbbi bakım sürekliliği üzerinde geniş kapsamlı etkileri olduğunu göstermektedir (Ermiş vd., 2018). Ayrıca, farklı bir çalışmada da ailelerin sağlık sistemlerinde karşılaştıkları finansal zorlukları gelir düzeylerinden bağımsız olarak dikkate almanın önemi vurgulanmaktadır (Sekmenli, 2013). Sigorta tarafından karşılanmayan ek sağlık hizmeti maliyetlerinin yükü, aileleri gerekli tıbbi yardım aramaktan alıkoyabilmekte ve bu da bildirilen bakım sürekliliğini etkileyebilmektedir. Sonuç olarak, mevcut literatür, eğitim, gelir ve sosyal güvence durumu ile birinci basamak sağlık sistemlerindeki tıbbi bakım sürekliliğine ilişkin algılar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Hekime Olan Bağlılık ve Etkileyen Faktörler

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Aracı'nın Hekim Bağlılık alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda, eğitim ve sosyoekonomik statünün hekime bağımlılık üzerindeki etkilerini incelenmiştir. Çalışmalar cinsiyet ve eğitim gibi faktörlerin sağlık yönetiminin diğer alanlarını etkilese de, hekime bağımlılık üzerindeki etkilerinin daha az olduğunu göstermektedir. İsmail ve arkadaşları (2024) kronik hastalığı olan bireyler arasında ilaç uyumunu etkileyen faktörleri incelemiş ve eğitim ile gelirin, sağlık hizmeti sağlayıcılarına bağımlılıktan ziyade ilaç uyumu ile daha çok ilişkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Rague ve arkadaşları (2021) ergenler arasında sağlık okuryazarlığını değerlendirmiş ve demografik faktörlerin

ilgili olmasına rağmen, hasta-sağlayıcı dinamiklerini önemli ölçüde belirlemediğini, bu ilişkilerin genellikle demografik eşitsizliklerin ötesine geçtiğini belirtmiştir. Sağlıkta cinsiyet eşitsizlikleri üzerine yapılan araştırmalar, kadınların sağlık sistemiyle daha sık etkileşime girmesine rağmen, bu durumun hekime bağlılığa neden olmayabileceğini göstermektedir. Heo ve arkadaşlarının (2023) çalışmaları, klinik ortamlardaki empati deneyimlerinin her iki cinsiyet için de benzer olduğunu saptayarak, kadınların daha yüksek katılım bildirmesine rağmen bunun hekime bağımlılığı önemli ölçüde etkilemediğini belirtmiştir. Ayrıca, kronik hastalıklar genellikle sağlık hizmeti sağlayıcılarından daha fazla rehberlik almayı gerektirse de, Adamson ve arkadaşları (2017) sağlık sistemine bağımlılığın cinsiyetler arasında istatistiksel olarak benzer kaldığını saptamıştır.

Medeni durum ile hekime bağımlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Keegan ve arkadaşları (2018), sosyodemografik faktörlerin sağlık çıktılarını etkilemesine rağmen, medeni durumun hekime bağlılığın güçlü bir yordayıcısı olmadığını, bu da hasta-hekim ilişkilerinde evlilik yükümlülükleri veya sosyal destek sistemlerinden etkilenmeyen potansiyel evrensel bir deneyime işaret ettiğini belirtmiştir.

Mevcut Hizmetler ve Etkileyen Faktörler

Katılımcıların eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumuna göre Mevcut Hizmetler alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. İlkokul mezunlarının, evli olanların, geliri giderinden az olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Araştırmalar, eğitim düzeyleri ile sağlık hizmetlerinden yararlanma arasında karmaşık bir ilişki olduğunu göstermektedir. Akpak ve arkadaşları (2015), daha düşük eğitilmiş bakım verenlerin farklı sağlık arayışı davranışları sergileyebileceğini ve bunun bakım kalitesine ilişkin çeşitli algılara yol açabileceğini göstermektedir. Çalışmalarında, düşük eğitim geçmişi genellikle daha yüksek hizmet mevcudiyeti algılarıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, Çelik ve Limnili (2019), eğitim gibi demografik faktörlerin hasta algılarını sağlık hizmetleri açısından önemli ölçüde etkilediğini vurgulamaktadır. Eğitimin sadece sağlık okuryazarlığı değil, aynı zamanda hizmetlerin erişilebilirlik ve kalite açısından nasıl algılandığı için de kritik bir durum olduğu belirtilmektedir. Medeni durum da sağlık hizmeti algılarında önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, evli bireylerin bekar bireylere kıyasla

farklı düzeylerde sağlık hizmeti erişimine sahip olabileceğini göstermektedir. Araştırmalar, medeni durumla bağlantılı sosyal destek sistemlerinin, paylaşılan finansal yükler ve karar alma süreçleri nedeniyle sağlık hizmeti kullanımını artırdığını göstermektedir (Şahin & Akman, 2019). Buna karşılık, daha düşük gelire sahip, özellikle de geliri giderleri karşılamakta yetersiz olan bireyler için finansal baskı, sağlık hizmetlerinden daha fazla destek ihtiyacı algısını artırabilir. Bu demografik grup, daha fazla sağlık kaynağına ihtiyaç duyduklarını algıladıkları için daha yüksek memnuniyet puanları bildirebilmektedirler. Yıldız ve Doğu'nun (2022) çalışmalarında finansal stresin hizmet memnuniyeti üzerinde etkili olabileceği vurgulanmaktadır.

Sunulan Hizmetler ve Etkileyen Faktörler

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Gecici Sunulan Hizmetler alt boyut puan ortalamaları; eğitim düzeyi düşük olanların, geliri giderine eşit olanların ve kronik hastalığı olanların daha yüksektir. Araştırmalar, daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin genellikle kendilerine sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili farklı sağlık sonuçları ve algılar bildirdiğini göstermektedir. Tran ve arkadaşlarına (2016) göre, daha düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlere uyum sağlamada daha büyük zorluklar yaşamakta ve bu durum genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bireylerin eğitim seviyesinin düşük olması, temel sağlık hizmetlerine verilen önemi artırarak sağlık hizmetlerine erişilebilirlik algısını geliştirmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bireylerin eğitim düzeyi genellikle sağlık hizmetlerini daha iyi anlamayla ilişkilidir ve bu, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlar arasında algıları olumsuz yönde etkileyebilecek beklentilere yol açabilir. Peng ve arkadaşlarının (2017) belirttiği gibi, kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kaliteleri düşebilir ve düşük eğitim seviyesi ihtiyaçların temel düzeylerde karşılanması ile hizmetlerden memnuniyetin artmasına neden olabilir. Geliri giderine eşit olan bireyler, acil sağlık ihtiyaçlarını koruyucu önlemlerin önüne koyabileceklerinden, sağlık hizmetlerine daha fazla erişilebilirlik algılayabilecekleri düşünülmektedir. Tarkiainen ve arkadaşları (2011), finansal kısıtlamaların bireylerin öncelikle acil sağlık sorunlarına odaklanmasına ve koruyucu bakımdan uzaklaşmasına yol açabileceğini belirtmektedir. Kronik hastalığın varlığı, sağlık hizmeti deneyimlerini ve algılarını önemli derecede etkileyebilmektedir. Hazazi ve Wilson (2022), kronik

hastalık yönetimini anlamının sağlık hizmeti memnuniyeti için çok önemli olduğunu vurgulamakta ve kronik hastalığı olan bireylerin karşılaştıkları özel zorluklar nedeniyle kendilerine sunulan hizmetleri daha olumlu algılayabileceklerini belirtmektedir.

Hizmetin Koordinasyonu ve Etkileyen Faktörler

Katılımcıların cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal güvence ve gelir durumuna göre Hizmetin Koordinasyonu alt boyut puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu; kadınların ilkokul ve ortaokul mezunlarının, sosyal güvencesi olmayanların geliri giderinden az olanların puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyetin sağlık hizmeti koordinasyonu üzerindeki etkisi çeşitli çalışmalarda incelenmiş olup, kadınların erkeklere kıyasla farklı sağlık hizmeti deneyimleri ve beklentileri bildirebileceğini göstermektedir. Uzun ve arkadaşları (2017), cinsiyet algılarının sağlık hizmetlerine yönelik tutumları ve alınan bakımın algılanan kalitesini büyük ölçüde etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Kadınlar, sağlık hizmetleriyle daha yüksek etkileşim içinde olabilir ve bu durum, özellikle ihtiyaçlarının karşılandığını algıladıkları alanlarda memnuniyetlerinin artmasına neden olabilir. Mutlu ve Owen (2017), kadınların cinsiyet önyargılarıyla nasıl başa çıktıklarını ve eşitsizlik deneyimlerinin sağlık hizmeti algılarını ve etkileşimlerini şekillendirebileceğini göstermiştir. Bu durum, çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte olup, kadınların hizmet koordinasyonunu daha olumlu değerlendirebileceğini ve sürekli sağlık yönetimine katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyleri ile hizmet koordinasyonu algıları arasındaki ilişkide çalışmalar, daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin farklı sağlık arayışı davranışları sergilediğini göstermiştir. Erdem ve Eğmir (2018), eğitim düzeyinin hizmet sunumu beklentilerini nasıl etkilediğini araştırmış ve daha düşük eğitim düzeylerinin sıklıkla hizmet yeterliliği ve katılımına ilişkin farklı algılara yol açtığını bulmuştur. Yalnızca ilkokul veya ortaokul eğitimine sahip bireyler tarafından bildirilen daha yüksek puanlar, daha yüksek eğitim gruplarındakilerin kapsamlı bakıma ilişkin daha büyük beklentileri olabileceği gerçeğiyle zıtlık oluşturarak, hizmetlere ilişkin daha basit beklentilere ve mevcut

kaynaklara duyulan olumlu bakış açısına işaret ediyor olabilir. Sosyal güvence ve finansal istikrarın sağlık hizmeti deneyimleri üzerindeki etkisi önemlidir. Bulgular, sosyal güvencesi olmayanların ve geliri giderine eşit olanların daha yüksek hizmet koordinasyonu memnuniyeti bildirdiğini göstermektedir. Bu durum, Piccardi ve arkadaşlarının (2018) araştırmasıyla desteklenmekte olup, sosyoekonomik eşitsizliklerin hasta güvenliğini ve bakım koordinasyonu deneyimlerini etkilediğini öne sürmektedir. Finansal güvenceden yoksun bireyler, genellikle hizmet sunumunda sorunlar yaşayabilmektedir.

Kayıt/Bilgi Koordinasyonu ve Etkileyen Faktörler

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Aracı'nın Kayıt/Bilgi Koordinasyonu alt boyutuna ilişkin bulgular, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna bağlı olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle, üniversite ve lise mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Ayrıca, bekar bireyler, sosyal güvencesi olanlar ve kronik hastalığı olmayan bireyler daha yüksek ortalama puanlar bildirmiştir. Buna karşılık, geliri giderinden az olan bireylerin puanları, geliri giderine eşit veya daha yüksek olanlara göre daha düşük çıkmıştır.

Atasoy ve Turan (2019) tarafından yapılan araştırma, daha yüksek eğitim düzeyinin genellikle alınan bakımın kalitesine ilişkin daha yüksek beklentilerle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Benzer şekilde, daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, sunulan hizmetlere ilişkin daha az beklentiye sahip olabilecekleri için daha yüksek memnuniyet puanları bildirebileceğine işaret edilmektedir (Özşaker vd., 2021). Bu durum, üniversite ve lise mezunlarının bilgi koordinasyonunu daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla nispeten daha düşük değerlendirmesiyle örtüşmekte olup, daha iyi eğitilmiş bireylerin artan beklentilerini yansıtır olabilir.

Sonuçlar, bekar bireylerin evli bireylere kıyasla daha yüksek memnuniyet puanları bildirdiğini göstermektedir. Bu eğilim, medeni durumun hasta memnuniyetini etkileyebileceğini öne süren bulgularla tutarlıdır; bekar bireyler sağlık hizmetlerini yönetmede daha fazla bağımsızlık yaşayabilir ve bu durum artan memnuniyet oranlarına yol açabilir. Bu bağımsızlık, sağlık hizmetlerini daha serbest bir şekilde aramalarını teşvik edebilir ve böylece olumlu deneyimlerini daha rahat paylaşmalarına ve bildirmelerine olanak sağlayabilir (Doğan vd., 2019).

Sosyal güvencesi olan bireylerin puan ortalamaları daha yüksektir. Bu bulgu, sosyal güvencenin hizmet kullanımını ve sağlık hizmeti sunumuyla genel memnuniyeti etkileyen kritik bir faktör olduğunu vurgulayan literatürle uyumludur (Ermiş, 2018).

Kronik hastalığı olmayan bireyler tarafından bildirilen daha yüksek memnuniyet, sağlık durumunun bilgi koordinasyonu algılarını önemli ölçüde etkilediğini düşündürmektedir. Araştırmalar, kronik rahatsızlığı olan bireylerin genellikle sağlık sistemlerinde etkili bir şekilde hareket etme becerilerini engelleyen engellerle karşılaştığını vurgulamaktadır. Dolayısıyla, kronik hastalığı olmayan bireylerin daha az engeli bulunmakta ve bu da hizmet koordinasyonunda daha yüksek memnuniyet puanlarına yol açmaktadır (Şanlıtürk, 2023).

Aile Merkezli Hizmet ve Etkileyen Faktörler

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Aracı'nın Aile Merkezli Hizmetler alt boyutunun analizi, eğitim durumu, sosyal güvence ve kronik hastalık durumuna bağlı olarak ortalama puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, üniversite ve lise mezunlarının ilköğretim mezunlarından daha düşük puan aldığı, sosyal güvencesi olmayan bireylerin ve kronik hastalığı olanların ise daha yüksek ortalama puanlar bildirdiği görülmüştür. Xie ve arkadaşlarının (2025), çalışması düşük eğitim seviyesinin, daha kötü sağlık ve günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmeleri ile ilişkili olduğunu, bu durumun sağlık hizmeti deneyimleriyle karmaşık bir ilişkisine işaret ettiğini öne sürmektedir. Buna karşılık, daha yüksek eğitim seviyesi genellikle artan farkındalık ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile ilişkilendirilmektedir (John vd., 2020). Eğitim ve sağlık hizmetlerine katılım arasındaki ilişkide daha düşük eğitim seviyesine sahip bireyler aile merkezli hizmetleri ihtiyaçlarına daha uygun bulabilirken, daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanların sağlık hizmetlerine katılım ve hizmet algılarını etkileyen farklı dinamikler olabilmektedir (John vd., 2020). Farklı eğitim seviyelerinin, aile merkezli hizmetlere ilişkin beklentilerde farklılıklara neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Çalışmada sosyal güvencesi olmayan bireyler Aile Merkezli Hizmetler boyutunda daha yüksek puanlar almıştır. Araştırmalar, sosyal güvenceden yoksun olanların ihtiyaçları için daha etkili bir şekilde savunuculuk yapabildiklerini ve bunun aile merkezli hizmetlerle olan deneyimlerini geliştirebileceğini göstermektedir (Liu vd., 2025). Sosyal güvenlik açısından

yoksunluk, hastaları sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla daha etkili bir katılım aramaya zorlayabilir ve bu da kişiselleştirilmiş hizmetlere yönelik olumlu algılara neden olabilir. Ayrıca, Liu ve arkadaşları sosyo-demografik faktörlerin sağlık sonuçları ve hasta katılımı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (Liu vd., 2025).

Kronik hastalık durumu ile ilgili olarak, kronik rahatsızlığı olanların sağlık hizmetleriyle daha yüksek düzeyde etkileşim sergilediğini gösteren bulgular, kronik hastalık deneyimlerinin sağlık hizmetlerinde daha fazla farkındalık ve etkileşimi teşvik ettiğini öne süren mevcut literatürle örtüşmektedir. John ve arkadaşları (2020) kronik hastalık yönetimi modellerinin, özellikle hasta merkezli yaklaşımların, hasta aktivasyonu ve öz yönetim davranışlarında iyileşmelere yol açabileceğini bulmuştur. Bu durum, kronik hastalığı olan hastaların genellikle sağlık hizmetlerinde daha yüksek bir duyarlılık talep ettiği ve bu talebin de bakım algılarını güçlendirdiği fikriyle uyumludur (Kibiriti vd., 2024). Ayrıca araştırmalar, kronik hastalıkları yöneten bireylerin tipik olarak sağlık hizmetlerinde daha aktif katılımcılar olduğunu ve bunun da aile merkezli hizmetlere yönelik anlayışlarına ve bağlılıklarına katkıda bulunduğunu vurgulamaktadır (Albahrani, 2024). Bu durum, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, kronik hastalığı olan hastalar tarafından sergilenen aktif katılıma uyum sağlamak için katılım stratejilerini geliştirmesi gerektiğini göstermektedir.

Toplumsal Kapsayıcılık / Katılım ve Etkileyen Faktörler

Çalışmada Toplumsal Kapsayıcılık ve Katılım alt boyutu bağlamında eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, özellikle, ortaokul mezunlarının, okuryazar olmayan, okuryazar, ilköğretim, lise ve üniversite düzeyindeki eğitime sahip olanlardan daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Ayrıca, evli bireylerin, evli olmayan akranlarına kıyasla daha yüksek toplumsal kapsayıcılık ve katılım puanları aldıkları saptanmıştır. Geliri giderinden çok olan bireylerin de ölçek puanlarının geliri giderine eşit veya daha az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Xu ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırma, eğitim düzeyi ile ilişkili olan sağlık okuryazarlığı ile hasta katılımı arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır (Xu vd., 2025). Bu durum, eğitimin farkındalığı artırdığını ve sağlık ile sosyal sağlık mekanizmalarına katılıma ilişkin inanç sistemlerini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Yüksek eğitim düzeylerinin artan sosyal katılımı ilişkilendirilmemesi, yükseköğrenim görmüş

bireylerin farklı bağlamlar veya beklentiler nedeniyle toplum odaklı aktivitelerden kopukluk yaşayabileceği şeklinde yorumlanabilir. Evli bireylerin daha yüksek toplumsal kapsayıcılık ve katılım puanlarının olması, medeni durumun sosyal destek sistemlerini etkileyen koruyucu bir faktör olduğunu gösteren çalışmalarla desteklenmektedir. Almaghamsi ve Alzahrani'nin çalışmasında, evli bireylerin genellikle daha iyi ilaç uyumu gösterdiği belirlenmiş olup, bu durum evlilik ilişkilerinden gelen sosyal desteğin sağlıkla ilgili aktivitelere genel katılımı artırdığını göstermektedir (Almaghamsi & Alzahrani, 2024). Bu durum medeni durumun duygusal desteği teşvik edebileceğini ve bireyleri sağlık hizmeti girişimlerine daha aktif katılmaya motive edebileceğine işaret etmektedir. Medeni durum ile toplumsal kapsayıcılık arasındaki pozitif ilişki, hasta katılımını iyileştirmeyi amaçlayan sağlık hizmeti stratejilerinde ilişki dinamiklerini dikkate almanın önemini vurgulamaktadır. Çiftler genellikle sağlıkla ilgili sorumlulukları paylaşır ve karar alma süreçlerinde birbirlerini desteklerler; bu da daha kapsayıcı bir sağlık hizmeti deneyimine katkıda bulunabilir (Ekem-Ferguson vd., 2020). Geliri giderinden fazla olan katılımcıların toplumsal kapsayıcılık puan ortalamalarının yüksek olması literatür tarafında desteklenmektedir. Ekonomik faktörler, sağlık hizmetlerine erişimi ve sosyal programlara katılımı belirlemede kritiktir. Araştırmalar, ekonomik olarak refah içinde olan bireylerin, geliri giderinden az olanların aksine, toplum hizmetleri ve sağlık hizmeti fırsatlarıyla daha fazla etkileşime girme kapasitesine sahip olduğunu göstermektedir (Won & Shin, 2024). Gelir yetersizliği, sağlık okuryazarlığını ve hizmete katılımı olumsuz etkileyebilir; bu da ekonomik olarak daha az istikrarlı olanlar için sağlık sonuçlarını daha da karmaşık hale getirir (Mashaba vd., 2025).

Kültürel Uyum ve Etkileyen Faktörler

Çalışmada, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvenlik durumu ve gelir düzeyi gibi çeşitli sosyokültürel faktörlere bağlı olarak Kültürel Uyum alt boyutunun ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Araştırmalar, erkeklerin genellikle kadınlara göre daha iyi sağlık sonuçları ve daha yüksek memnuniyet düzeyleri bildirdiğini göstermektedir. Bu durumun erkekleri sağlık hizmetlerini daha proaktif bir şekilde aramaya teşvik eden sosyalleşme süreçlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmalar, sağlık ortamlarında kadınlara yönelik önyargılar olarak kendini gösteren ve deneyimlerini olumsuz

etkileyen kalıcı toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini tanımlamaktadır (Akokuwebe vd., 2025; Zhao vd., 2025). Çalışmada, eğitim düzeyine bağlı olarak ilkökul ve ortaokul mezunlarının, kültürel uyumla ilişkili olarak üniversite ve lise mezunlarından daha yüksek puan aldığını saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık sistemlerindeki kültürel yeterliliğin doğrudan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleriyle ilişkili olduğunu, sağlık çalışanlarında daha yüksek eğitim düzeyinin farklı hasta ihtiyaçlarını daha iyi anlamakla bağlantılı olduğunu öne süren çalışma bulguları ile örtüşmemektedir (Ahmed vd., 2016). Bu farklılık, eğitimin farkındalığı artırsa da, kurumsal engeller devam ettiği sürece bunun her zaman iyileşmiş sağlık hizmeti deneyimlerine dönüşmediğini gösterebilmektedir. Sosyal güvencesi olmayan katılımcılar daha yüksek kültürel uyum puanlarına sahiptir. Bu durum, finansal güvensizlik ile sağlık ortamlarında kültürel uyum ihtiyacı arasında bir korelasyon olduğunu düşündürmektedir. Önceki çalışmalar, sosyal güvencenin olmamasının, dezavantajlı popülasyonlar için sağlık hizmetlerine erişimdeki engelleri şiddetlendirdiğini göstermektedir (Kalich vd., 2015; Salami vd., 2022). Marjinalleştirilmiş topluluklar genellikle sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşı karşıya kalmakta ve bu savunmasızlıkları ele alan kültürel açıdan yeterli hizmetlere duyulan ihtiyacın altını çizmektedir (Kalich vd., 2015). Gelir düzeyi düşük olan bireylerin kültürel uyum alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmalar, maddi zorluğun kültürel açıdan uyumlu toplum kaynaklarına güveni artırabileceğini ve bu tür kaynaklara erişilebildiğinde, finansal kısıtlamalar altında bile algılanan kültürel uyumu artırabileceğini göstermektedir (Zhao vd., 2025). Tersine, daha yüksek gelir, artan hizmet çeşitliliği ve sağlayıcı beklentileriyle ilişkili olabilir ve bu da kültürel ihtiyaçlar karşılanmazsa algılanan uyumu azaltabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu araştırma, Muş ilinde farklı sosyoekonomik düzeylere sahip iki Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet eden bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdiğini ve demografik özelliklerin bu değerlendirmeler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda;

1. Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu ve yaş gibi demografik özelliklerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar yarattığı görülmüştür. Özellikle eğitim düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan, geliri giderinden az olan ve kronik hastalığı bulunan bireylerin hizmet değerlendirme puanları daha yüksek bulunmuştur.
2. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan Güzeltepe ASM bölgesindeki katılımcıların, Merkez 1 Nolu ASM bölgesine kıyasla Hizmetten Faydalanma, Hizmete Erişim, Tıbbi Bakımın Sürekliliği, Sunulan Hizmetler, Hizmetin Koordinasyonu, Kültürel Uyum, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) ve Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (GBBSH) puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. Bu durum, bölgesel sosyoekonomik koşulların hizmet algısını şekillendirmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir.
3. Yaşattıkça Hizmete Erişim, Mevcut Hizmetler, Sunulan Hizmetler ve Aile Merkezli Hizmet alt boyut puanlarında artış gözlenirken, Kayıt/Bilgi Koordinasyonu alt boyut puanı düşmektedir. Bu sonuç, yaşlı bireylerin hizmet erişimine daha olumlu baktığını, ancak bilgi koordinasyonu konusunda daha eleştirel olduklarını düşündürmektedir.
4. Kadınlar Hizmetin Koordinasyonu alt boyutunda daha yüksek puan alırken, erkekler Kültürel Uyum alt boyutunda anlamlı şekilde daha yüksek puanlara sahiptir.
5. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin tüm alt boyutlarda daha yüksek memnuniyet puanları bildirdiği görülmüştür. Bu durum, eğitim seviyesi yükseldikçe beklentilerin artması ve hizmet kalitesine yönelik eleştirel bakışın güçlenmesiyle açıklanabilir.

6. Kronik hastalığı olan bireylerin Hizmetten Faydalanma, Hizmete Erişim, Sunulan Hizmetler ve Aile Merkezli Hizmet boyutlarında daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Bu, düzenli sağlık hizmeti kullanımının hasta-hekim ilişkisini güçlendirdiğini ve hizmet algısını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.
7. Sosyal güvencesi olmayan ve geliri düşük olan bireylerin hizmet değerlendirme puanlarının daha yüksek olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu gruplar için erişilebilir ve uygun maliyetli bir seçenek olarak algılandığını düşündürmektedir.

Öneriler

Araştırma bulguları ışığında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini, erişilebilirliğini ve toplumsal memnuniyetini artırmaya yönelik aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

Politika Düzeyinde Öneriler

1. Bölgesel Eşitsizliklerin Azaltılması: Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerdeki ASM'lerin insan kaynağı, fiziksel alt yapı ve teknolojik donanım açısından güçlendirilmesi için kaynak tahsisi artırılmalıdır. Özellikle Güzeltepe ASM gibi bölgelerde hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği sağlanmalıdır.
2. Sosyal Güvence Kapsamının Genişletilmesi: Sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için yerel düzeyde “ücretsiz sağlık kartı” veya “mobil sağlık hizmeti” gibi uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır.
3. Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı Programları: Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylere yönelik sağlık okuryazarlığı eğitimleri ASM'ler aracılığıyla düzenlenmeli, hizmet kullanımı ve haklar konusunda farkındalık artırılmalıdır.
4. Kronik Hastalık Yönetim Programlarının Güçlendirilmesi: Kronik hastalığı olan bireylere yönelik evde takip, telefon danışmanlığı ve düzenli kontroller içeren entegre bakım modelleri geliştirilmelidir.

Hizmet Sunumu Düzeyinde Öneriler

1. Hizmet Koordinasyonunun İyileştirilmesi: Kadınların daha yüksek puan aldığı Hizmetin Koordinasyonu boyutunda, özellikle sevk zinciri, randevu sistemleri ve bilgi paylaşımı konularında dijital çözümler (e-nabız, SMS hatırlatma vb.) etkinleştirilmelidir.
2. Kültürel Uyum ve İletişim Becerileri: Erkeklerin daha yüksek puan aldığı Kültürel Uyum boyutunda, sağlık personeline yönelik kültürel duyarlılık ve iletişim eğitimleri düzenlenmeli, toplumun dil ve değerlerine uygun hizmet sunumu teşvik edilmelidir.
3. Yaşlı Dostu Hizmet Modelleri: Yaşlı bireylerin Kayıt/Bilgi Koordinasyonu konusundaki memnuniyetsizlikleri dikkate alınarak, basitleştirilmiş işlem süreçleri ve bire bir danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.
4. Aile Merkezli ve Toplum Katılımlı Hizmetler: Özellikle evli ve düşük gelirli bireylerin yüksek puan aldığı Aile Merkezli Hizmet ve Toplumsal Kapsayıcılık boyutları güçlendirilmeli, toplum temelli sağlık projeleri yaygınlaştırılmalıdır.

Eğitim ve Farkındalık Çalışmaları

1. Sağlık Personeline Yönelik Eğitimler: Hekim ve hemşirelere yönelik “hasta merkezli bakım”, “kültürel yeterlilik” ve “etik iletişim” eğitimleri düzenlenmeli, hizmet içi eğitim programları zorunlu hale getirilmelidir.
2. Toplum Katılımını Artırıcı Faaliyetler: ASM’lerde düzenli hasta görüşmeleri, memnuniyet anketleri ve geri bildirim mekanizmaları kurularak toplumun karar süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.
3. Medya ve İletişim Araçlarının Kullanımı: Birinci basamak hizmetlerinin tanıtımı ve erişim bilgileri yerel radyo, sosyal medya ve broşürler aracılığıyla yaygınlaştırılmalıdır.

İleri Araştırmalar

1. Nitel Çalışmalar: Bu çalışmanın nicel bulgularını derinleştirmek amacıyla, odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmeler yoluyla bireylerin deneyimleri ve beklentileri detaylı olarak incelenmelidir.
2. Karşılaştırılmal Bölgesel Çalışmalar: Muş örneğinden elde edilen bulguların benzer sosyoekonomik özelliklere sahip diğeri illerdeki ASM'lerle karşılaştırılması sağlanmalıdır.
3. Müdahale Araştırmaları: Önerilen politikaların ve hizmet modellerinin etkililiğini ölçmeye yönelik pilot uygulamalar ve izleme çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abashidze-Gabaidze, G., Khurtsia, L., Gabaidze, M., & Loria, L. (2024). Primary health care as the main guarantor of a healthy population in the country and a global challenge in the world: a systematic review. *F1000research*, 10:13, 38. <https://doi.org/10.12688/f1000research.141252.2>
- Abrams, S. (2004). From function to competency in public health nursing, 1931 to 2003. *Public Health Nursing*, 21(5), 507-510. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.021514.x>
- Açıkgöz, B. & Kıran, S. (2020). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında örgüt kültürü ve işe bağlanma özelliklerinin değerlendirilmesi, zonguldak merkez ilçe örneği. *Medical Journal of Western Black Sea*, 4(2), 59-70. <https://doi.org/10.29058/mjwbs.2020.2.4>
- Adamson, A., Zhou, L., Baggett, C., Thomas, N., & Meyer, A. (2017). Association of delays in surgery for melanoma with insurance type. *Jama Dermatology*, 153(11), 1106. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3338>
- Ahmed, S., Shommu, N., Rumana, N., Barron, G., Wicklum, S., & Turin, T. (2016). Barriers to access of primary healthcare by immigrant populations in canada: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522-1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Akdemirel, E. (2024). OECD Ülkelerinde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine bir panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 65-90. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1347335>
- Akman, M. (2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78. <https://doi.org/10.2399/tahd.14.00070>
- Akokuwebe, M., Likoko, S., & Miles-Timotheus, S. (2025). Gender dimensions of quality of life: The determinants of life satisfaction among South Africans residing in the Gauteng province—Using a multilevel psychodemographic analysis of the GCRO’s quality of life survey (2009–2024). *Plos One*, 20(9), e0332626. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332626>

- Akpak, F., Yüksel, N., Kabanlı, A., & Günvar, T. (2015). Health care seeking behaviors for sick children: time span for seeking health care. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(2), 108-115. <https://doi.org/10.15511/tahd.15.02108>
- Albahrani, S. (2024). The effectiveness of family-based health education programs on managing type 2 diabetes. *South Eastern European Journal of Public Health*, 15, 2283-2291. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.2411>
- Almaghamsi, S. & Alzahrani, K. (2024). Exploring the influence of perceived social support on medication adherence among patients with chronic hypertension in 2024: A cross-sectional study from jeddah, Kingdom of Saudi Arabia. *Cureus*, 16(9), e69522. <https://doi.org/10.7759/cureus.69522>.
- Antoñanzas, F., Terkola, R., Overton, P., Shalet, N., & Postma, M. (2017). Defining and measuring the affordability of new medicines: A systematic review. *Pharmacoeconomics*, 35(8), 777-791. <https://doi.org/10.1007/s40273-017-0514-4>
- Atasoy, I. & Turan, Z. (2019). Ebe ve hemşirelerde duygusal emek ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 9(3), 357-366. <https://doi.org/10.31020/mutfd.587725>
- Ateş, B., & Işıkçı, Y.M. (2020). 2000’li yıllardan itibaren Türkiye’de sağlık politikalarındaki değişimin çoklu akış modeli ile analizi. *Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2):139-151. <https://doi.org/10.46849/guiibd.826764>
- Barbazza, E., Kringos, D., Kruse, I., Klazinga, N., & Tello, J. (2019). Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. *BMC Health Services Research*, 19(1006),1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4853-z>
- Başer, D., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31. <https://doi.org/10.17098/amj.47853>
- Bekemeier, B., Linderman, T., Kneipp, S., & Zahner, S. (2014). Updating the definition and role of public health nursing to advance and guide the

specialty. *Public Health Nursing*, 32(1), 50-57.
<https://doi.org/10.1111/phn.12157>

Bektaş, G., & Uysal, N. (2024). Kronik hastalığı olan bireylerde öz yönetim ve sağlık arama davranışlarının belirlenmesi: Tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 16(1), 207-18. <https://doi.org/10.5336/nurses.2023-99287>

Bungay, V. & Stevenson, J. (2013). Nurse leaders' experiences of implementing regulatory changes in sexual health nursing practice in British Columbia, Canada. *Policy Politics & Nursing Practice*, 14(2), 69-78.
<https://doi.org/10.1177/1527154413510564>

Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Carney, A., Y. (2018). Public health nursing and the issue of trust in campus sexual assault. *Public Health Nursing*, 35(4), 327-336.
<https://doi.org/10.1111/phn.12400>

Carr, S., M. (2005). Refocusing health visiting-sharpening the vision and facilitating the process. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 249-256.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00529.x>

Cashman, S., Bushnell, F., & Fulmer, H. (2001). Community-oriented primary care: A model for public health nursing. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 26(3), 617-634. <https://doi.org/10.1215/03616878-26-3-617>

Chaudry, R., Polivka, B., & Kennedy, C. (2000). Public health nursing directors' perceptions regarding interagency collaboration with community mental health agencies. *Public Health Nursing*, 17(2), 75-84.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2000.00075.x>

Colliers, A., Bartholomeeusen, S., Remmen, R., Coenen, S., Michiels, B., Bastiaens, H., ... & Philips, H. (2016). Improving care and research electronic data trust antwerp (iCAREdata): A research database of linked data on out-of-hours primary care. *BMC Research Notes*, 9(259), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s13104-016-2055-x>

- Cook, A., Birnbaum, R., & Turnier, L. (2023). Parent attitudes and perceptions of integrated behavioral health care delivery for pediatric patients. *International Journal of Integrated Care*, 23(S1), 530. <https://doi.org/10.5334/ijic.icic23543>
- Córdova, M., Mier, N., González-Quirarte, N., Gómez, T., Piñones, S., & Borda, A. (2012). Role and working conditions of nurses in public health in Mexico and Peru: a binational qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1034-1043. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01465.x>
- Costa, J., Teixeira, A., Moraes, M., Strauch, E., Silveira, D., Carret, M., ... & Fantinel, E. (2017). Hospitalizations for primary care-sensitive conditions in Pelotas, Brazil: 1998 to 2012. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 20(2), 345-354. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020014>
- Çakır, M. & Çakır, H. (2022). Evaluation of patients with coronary artery bypass graft surgery to receiving preventive health care in primary care and risk factors for operation. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(4), 134-144. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.22.00434>
- Çayır, Y. (2013). Home health services in primary care: What can we do?. *Dicle Medical Journal* 40(2), 340-344. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2013.02.0286>
- Çelik, M. & Limnili, G. (2019). Evaluation of primary health care. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 163-172. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00463>
- Çöme, O. & Mevsim, V. (2023). E-health solutions in primary health care. *The Journal of Turkish Family Physician*, 14(1), 30-41. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.23.00130>
- Demirci, Ş., Konca, M., & İlgün, G. (2020). Sağlık finansmanının sağlık sistemleri performansına etkisi: avrupa birliği üyesi ve aday ülkeler üzerinden bir değerlendirme. *Sosyoekonomi*, 28(43), 229-242. <https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2020.01.13>

- Doğan, M., Çadırılı, Ş., Paçaçı, M., & Arslan, Y. (2019). Care satisfaction and training requirements in patient with chronic disease. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 6(1), 22-28. <https://doi.org/10.5222/shyd.2019.39200>
- Dommm, E. & Urban, A. (2020). Public health nurse perceptions of evolving work and how work is managed: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2017-2024. <https://doi.org/10.1111/jonm.13058>
- Donelle, L., Hall, J., Hiebert, B., Jackson, K., Stoyanovich, E., LaChance, J., ... & Facca, D. (2021). Investigation of digital technology use in the transition to parenting: Qualitative study. *Jmir Pediatrics and Parenting*, 4(1), e25388. <https://doi.org/10.2196/25388>
- Dorosti, A., Karamouz, M., Rahimi, V., Azimzadeh, S., Gharaee, H., Azami-Aghdash, S., ... & Farahbakhsh, M. (2023). Mental health services integration in primary health care in Iran: A policy analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*. 19(1), 57-69. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14339>
- Dumka, N., Gurung, A., Hannah, E., Goel, S., & Kotwal, A. (2024). Understanding key factors for strengthening Nepal's healthcare needs: health systems perspectives. *Journal of Global Health Reports*, 8, e2024010. <https://doi.org/10.29392/001c.94931>
- Duran, R. (2025). Tıbbi sosyal hizmet perspektifinden yoğun bakım hastalarına yönelik sorunlar ve ihtiyaçlar: Nitel bir araştırma. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 525-549. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1599969>
- Ekem-Ferguson, G., Tetteh, J., Udofia, E., Doku, A., Swaray, S., Mohammed, S., ... & Yawson, A. (2020). Influence of perceived social support on depression among Type 2 diabetes patients: a concurrent cross-sectional mixed-method study. *Health Sciences Investigations Journal*, 1(2), 93-104. <https://doi.org/10.46829/hsijournal.2020.6.1.2.93-104>
- Ellbrant, J., Åkeson, S., & Åkeson, P. (2017). Influence of awareness and availability of medical alternatives on parents seeking paediatric emergency care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 456-462. <https://doi.org/10.1177/1403494817735222>

- Endeshaw, B. (2021). Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106-117. <https://doi.org/10.1108/jhr-07-2019-0152>
- Enebeli, M., Saint, V., & Hämel, K. (2024). Nurses' health promotion practices in rural primary health care in Nigeria. A qualitative study. *Health Promotion International*, 39(5), 1-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae120>
- Erdem, C. & Eğmir, E. (2018). Öğretmen adaylarının eğitim programı okuryazarlığı düzeyleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(2), 123-138. <https://doi.org/10.32709/akusosbil.428727>
- Ermiş, N., Kasar, K.S., Karaman, E., Yıldırım, Y. (2018). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(20), 105-112. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.30164>
- Espinosa-González, A. & Normand, C. (2019). Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey. *BMJ Open*, 9(7), e027492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027492>
- Gentil, L., Grenier, G., Bamvita, J., & Fleury, M. (2019). Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 22-33. <https://doi.org/10.1111/hsc.12834>
- Gill, L. & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19. <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>
- Gray, H. & Muscat, D. (2025). 'It's Putting All the Burden on the Patient': A Qualitative Study of Health Literacy and Shared Decision-Making in Rural Australian Communities. *Australian Journal of Rural Health*, 33, e70084 <https://doi.org/10.1111/ajr.70084>
- Grimmer, K., Lizarondo, L., Kumar, S., Bell, E., Buist, M., & Weinstein, P. (2014). An evidence-based framework to measure quality of allied health care. *Health Research Policy and Systems*, 12(10), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-10>

- Güdük, Ö., İşçi, E., & Tarım, M. (2023). Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 541-552. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.1313636>
- Güven, B. & Dörtbudak, Z. (2018). Model of family medicine with regard to family healthcare personnels. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(3), 154-160. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2018.154>
- Gwon, S., Cho, Y., Paek, S., & Ke, W. (2020). Public health nurses' workforce factors and population health outcomes in the United States. *Public Health Nursing*, 37(6), 829-836. <https://doi.org/10.1111/phn.12793>
- Hacımustafaoğlu, M., Gürler, N., & Ünal, S. (2018). Antimicrobial resistance in the planning of the empirical therapy of upper respiratory tract infections: Current situation and treatment strategies in Turkey and in the world. *Ankem Dergisi*, 32(3), 109-130. <https://doi.org/10.5222/ankem.2018.1822>
- Hayran, O. (2024). Birinci basamak ve bütünlük sağlığı hizmetleri. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 8(2), 76-82. <https://doi.org/10.34084/bshr.1501965>
- Hazazi, A. & Wilson, A. (2022). Improving management of non-communicable chronic diseases in primary healthcare centres in the Saudi health care system. *Health Services Insights*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.1177/11786329221088694>
- Hefshan, S., Abbas, R., Abbas, S., Alabbas, I., Rashah, A., Alrashah, A., ... & Alshetah, A. (2024). Critical analysis of foundational healthcare practices in diverse settings. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 4019-4030. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5055>
- Hemingway, A., Aarts, C., Koskinen, L., Campbell, B., & Chassé, F. (2012). A European Union and Canadian review of public health nursing preparation and practice. *Public Health Nursing*, 30(1), 58-69. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01048.x>
- Heo, R., Shin, J., Kim, B., Kim, H., Park, K., Park, H., ... & Mercer, S. (2023). Quantitative measurement of empathy and analysis of its correlation to

clinical factors in korean patients with chronic diseases. *Clinical Hypertension*, 29(1), 19 <https://doi.org/10.1186/s40885-023-00246-5>

Homer, C., Lopes, S., Nove, A., Michel-Schuldt, M., McConville, F., Moyo, N., ... & Hoope-Bender, P. (2018). Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(55), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1686-4>

Hone, T., Gurol-Urganci, I., Millett, C., Başara, B., Akdağ, R., & Atun, R. (2016). Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction. *Health Policy and Planning*, 32(1), 57-67. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw098>

Hutchison, B., Levesque, J., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>

Ismail, M., El-Nayal, M., & Domiati, S. (2024). Exploring the impact of subjective well-being on medication adherence: A cross-sectional study among individuals with multiple chronic diseases. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 15, 100496. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100496>

Jessup, R., Putrik, P., Buchbinder, R., Nezon, J., Rischin, K., Cyril, S., ... & O'Connor, D. (2020). Identifying alternative models of healthcare service delivery to inform health system improvement: scoping review of systematic reviews. *BMJ Open*, 10(3), e036112. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036112>

John, J., Tannous, K., & Jones, A. (2020). Outcomes of a 12-month patient-centred medical home model in improving patient activation and self-management behaviours among primary care patients presenting with chronic diseases in Sydney, Australia: A before-and-after study. *BMC Fam Pract*, 21(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01230-w>

- Johnson, K. (2006). Public finance policy strategies to increase access to preconception care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(S1), 85-91. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0125-8>
- Joshi, C., Russell, G., Cheng, I., Kay, M., Pottie, K., Alston, M., ... & Harris, M. (2013). A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International Journal for Equity in Health*, 12(88), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-88>
- Kalich, A., Heinemann, L., & Ghahari, S. (2015). A scoping review of immigrant experience of health care access barriers in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(3), 697-709. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0237-6>
- Karakaya, C. & Tuğral, E. (2021). Türkiye'nin göz ardı edilen göçmenleri: Afganlar. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 100-111. <https://doi.org/10.46442/intjcss.887777>
- Kartal, N. (2024). Toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi: türkiye için bir politika önerisi. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 48(1), 1-6. <https://doi.org/10.33483/jfpau.1353062>
- Keegan, T., Li, Q., Steele, A., Alvarez, E., Brunson, A., Flowers, C., ... & Wun, T. (2018). Sociodemographic disparities in the occurrence of medical conditions among adolescent and young adult Hodgkin lymphoma survivors. *Cancer Causes & Control*, 29(6), 551-561. <https://doi.org/10.1007/s10552-018-1025-0>
- Kelly, B., Perkins, D., Fuller, J., & Parker, S. (2011). Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(31), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-31>
- Keskin, H. (2020). Türkiye de aile hekimliğine geçiş sürecinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının verimliliği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 21(1), 133-152. <https://doi.org/10.31671/dogus.2020.442>
- Khattak, A., Rahman, A., Khattak, M., Qazi, M., Gilani, H., & Khan, A. (2023). Toward sustainable healthcare systems: a low and middle-income country's

case for investing in healthcare reforms. *Cureus*, 15(5), e39345
<https://doi.org/10.7759/cureus.39345>

Kibiriti, H., Tenambergen, W., & Mapesa, J. (2024). Effect of socio-demographic characteristics on health system responsiveness in diabetic and hypertensive clinics: *IJPP*, 12(2), 1-14. <https://doi.org/10.71274/ijpp.v12i2.320>

Koruk, İ. & Beyazgül, B. (2021). Şanlıurfa’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin çok boyutlu değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 557-569. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.892481>

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., ... & Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11(81), 1-8
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>

Kringos, D., Boerma, W., Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe’s strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686-694.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242>

Krztoń-Królewiecka, A., Oleszczyk, M., Schäfer, W., Boerma, W., & Windak, A. (2016). Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. *BMC Family Practice*, 17(151), 1-9
<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0550-8>

Kuntz, S., Frable, P., Qureshi, K., & Strong, L. (2008). Association of community health nursing educators: disaster preparedness white paper for community/public health nursing educators. *Public Health Nursing*, 25(4), 362-369. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00717.x>

Kurt, A.Ö., Şaşmaz, T. (2012). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961–2003. *Lokman Hekim Journal*, 2(1), 21-30.

Kurt, M., Ceylan, A., & Çemberlitaş, İ. (2020). Evde sağlık hizmetleri biriminden elde edilen yıllık gelir-gider, kar-zarar incelenmesi ve bir model önerisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(75), 1407-1418.
<https://doi.org/10.17755/esosder.671840>

- Lağarlı, T., Eser, E., Baydur, H. (2014). Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. *Turk J Public Health*, 12(3), 162-177.
- Lake, R., Georgiou, A., Li, J., Li, L., Byrne, M., Robinson, M., ... & Westbrook, J. (2017). The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(614), 1-10 <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2564-x>
- Larson, K. & Halfon, N. (2010). Family income gradients in the health and health care access of US children. *Maternal and Child Health Journal*, 14(3), 332-342. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0477-y>
- Laurant, M., Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & Vught, A. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(10), 1-108. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001271.pub3>
- Lawlor, M., Mitchell, R., Burant, P., Griffin, M., & Dolansky, M. (2022). Enhancing nurse roles in community health (ENRICH). *Nurse Educator*, 48(3), 153-157. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001345>
- Leahy-Warren, P., Mulcahy, H., Benefield, L., Bradley, C., Coffey, A., Donohoe, A., ... & Savage, E. (2017). Conceptualising a model to guide nursing and midwifery in the community guided by an evidence review. *BMC Nursing*, 16(35), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0225-3>
- Liang, C., Mei, J., Liang, Y., Hu, R., Li, L., & Kuang, L. (2019). The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. *BMC Family Practice*, 20(93), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0982-z>
- Lim, M., Lim, Y., Teh, X., Lee, Y., Ismail, S., & Sivasampu, S. (2019). Patient experience on self-management support among primary care patients with

diabetes and hypertension. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 37-43. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy252>

Lin, K., Chen, Y., Lin, M., & Chen, T. (2024). The trend and ripple effects of retractions in primary health care: A bibliometric analysis. *Journal of the Chinese Medical Association*, 87(10), 927-932. <https://doi.org/10.1097/jcma.0000000000001149>

Liu, D., Hu, M., Ma, L., Yan, Q., Liu, Y., & Li, P. (2025). Current status and influencing factors of social support for main caregivers of children with traumatic brain injury: a cross-sectional survey. *Italian Journal of Pediatrics*, 51(101), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13052-025-01906-y>

Liu, S., Meng, W., Yu, Q., Peng, H., Jiang, X., Li, Z., ... & Sun, K. (2022). Evaluation and countermeasures of contracted services of Chinese family doctors from demanders' point of view — a case study of a city. *BMC Health Services Research*, 22(1534), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08891-6>

Malakoane, B., Heunis, C., Chikobvu, P., Kigozi, G., & Krüger, W. (2020). Public health system challenges in the free state, south africa: a situation appraisal to inform health system strengthening. *BMC Health Services Research*, 20(58), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4862-y>

Manavgat, G., Daştan, İ., & Abbasi, A. (2021). Covid-19 pandemisinin Türkiye’de hanehalkı yoksulluğu, sağlık harcamaları ve sağlıkta finansal koruma üzerindeki olası etkileri. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(1), 27-44. <https://doi.org/10.52148/ehta.903702>

Masefield, S., Msosa, A., & Grugel, J. (2020). Challenges to effective governance in a low income healthcare system: a qualitative study of stakeholder perceptions in malawi. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-30. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06002-x>

Mashaba, R., Seakamela, K., Choma, S., Maimela, E., Tlouyamma, J., & Ntimana, C. (2025). Prevalence of frailty and associated sociodemographic, biomedical, and biochemical factors amongst participants residing in

- limpopo province, *South Africa. Geriatrics*, 10(5), 134.
<https://doi.org/10.3390/geriatrics10050134>
- McAullay, D., McAuley, K., Marriott, R., Pearson, G., Jacoby, P., Ferguson, C., ... & Edmond, K. (2016). Improving access to primary care for Aboriginal babies in Western Australia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(82), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1206-7>
- McCready, G. & Laperrière, H. (2023). The advocacy process in Canadian community health nursing: A collaborative ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 80(7), 2847-2859. <https://doi.org/10.1111/jan.15896>
- McGrail, M. & Humphreys, J. (2015). Spatial access disparities to primary health care in rural and remote Australia. *Geospatial Health*, 10(2), 358. [10.4081/gh.2015.358](https://doi.org/10.4081/gh.2015.358)
- Melo, P., Neves-Amado, J., Pereira, A., Maciel, C., Pinto, T., & Cardoso-Grilo, T. (2020). Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. *Healthcare*, 8(2), 173. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020173>
- Mihevc, M., Zavrnik, Č., Lukančič, M., Virtič, T., Rupel, V., Šter, M., ... & Susič, A. (2022). Telemonitoring of elderly with hypertension and type 2 diabetes at the primary care level: Protocol for a multicentric randomized controlled pilot study. *Slovenian Journal of Public Health*, 61(4), 216-223. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0029>
- Moulton, J., Botfield, J., Subasinghe, A., Withanage, N., & Mazza, D. (2024). Nurse and midwife involvement in task-sharing and telehealth service delivery models in primary care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(8), 2971-3017. <https://doi.org/10.1111/jocn.17106>
- Mutlu, T. & Owen, F. (2017). Bilim, teknoloji, mühendislik ve matematik alanlarında kadın olmak: Cinsiyete yönelik yargıları kırma. *Mediterranean Journal of Humanities*, 7(1), 233-251. <https://doi.org/10.13114/mjh.2017.333>
- Naria-Maritana, M., Borlongan, G., Zarsuelo, M., Buan, A., Nuestro, F., Rosa, J., ... & Estacio, L. (2020). Addressing primary care inequities in underserved

areas of the philippines: A review. *Acta Medica Philippina*, 54(6), 722-733.
<https://doi.org/10.47895/amp.v54i6.2578>

Neergaard, M., Olesen, F., Andersen, R., & Søndergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research?. *BMC Medical Research Methodology*, 9(52), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52>

Ngo, V., Asarnow, J., Lange, J., Jaycox, L., Rea, M., Landon, C., ... & Miranda, J. (2009). Outcomes for youths from racial-ethnic minority groups in a quality improvement intervention for depression treatment. *Psychiatric Services*, 60(10), 1357-1364. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.10.1357>

Nígenda, G., Magaña-Valladares, L., Cooper, K., & Ruíz-Larios, J. (2010). Recent developments in public health nursing in the Americas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), 729-750. <https://doi.org/10.3390/ijerph7030729>

Nocon, A., Rhodes, P., Wright, J., Eastham, J., Williams, D., Harrison, S., ... & Young, R. (2003). Specialist general practitioners and diabetes clinics in primary care: a qualitative and descriptive evaluation. *Diabetic Medicine*, 21(1), 32-38. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2003.01063.x>

Oleszczyk, M., Krztoń-Królewiecka, A., Schäfer, W., Boerma, W., & Windak, A. (2017). Experiences of adult patients using primary care services in Poland – a cross-sectional study in QUALICOPC study framework. *BMC Family Practice*, 18(93), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0665-6>

Ozkaynak, M., Brennan, P., Hanauer, D., Johnson, S., Aarts, J., Zheng, K., ... & Haque, S. (2013). Patient-centered care requires a patient-oriented workflow model. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(e1), e14-e16. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-001633>

Özkara, Y. (2022). *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: Bir uygulama*, [Yükseklisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.

Özşaker, E., Sevilmiş, H., Özcan, Y., & Samast, M. (2021). Nursing Care Perception and Satisfaction Levels of Surgical Patients. *Journal of*

Contemporary Medicine, 11(2), 151-159.
<https://doi.org/10.16899/jcm.711131>

- Peng, Z., Wang, J., Yuan, Q., Xiao, X., Xu, H., Xie, Y., ... & Zhou, Q. (2017). Clinical features and CKD-related quality of life in patients with CKD G3a and CKD G3b in China: results from the Chinese cohort study of chronic kidney disease (C-STRIDE). *BMC Nephrology*, 18(311), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0725-0>
- Petre, I., Barna, F., Gurguş, D., Tomescu, C., Apostol, A., Petre, I., ... & Bordianu, A. (2023). Analysis of the healthcare system in romania: a brief review. *Healthcare*, 11(14), 2069. <https://doi.org/10.3390/healthcare1114206>
- Piccardi, C., Detollenaere, J., Bussche, P., & Willems, S. (2018). Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 17(114), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0828-7>
- Pivac, I., Markić, J., Perićić, T., Aranza, D., & Marušić, A. (2023). Evaluating health claim assessment skills of parents with preschool children: A cross-sectional study using informed health choices claim evaluation tool. *Journal of Global Health*, 13, 04156. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04156>
- Polivka, B., Stanley, S., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, S. (2008). Public health nursing competencies for public health surge events. *Public Health Nursing*, 25(2), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00692.x>
- Poulton, B. (2009). Barriers and facilitators to the achievement of community-focused public health nursing practice: a UK perspective. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 74-83. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00949.x>
- Rague, J., Kim, S., Hirsch, J., Meyer, T., Rosoklija, I., Larson, J., ... & Chu, D. (2021). Assessment of health literacy and self-reported readiness for transition to adult care among adolescents and young adults with Spina Bifida. *Jama Network Open*, 4(9), e2127034. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.27034>

- Ramoso, R., Moreno, M., Dans, L., Benzon, Z., Mesa, R., Fabian, N., ... & Dans, A. (2024). Adherence of primary care providers to practice guidelines for common pediatric conditions in urban, rural, and remote sites in the Philippines: A cross-sectional study. *Acta Medica Philippina*. 58(21), 20-29. <https://doi.org/10.47895/amp.vi0.8371>
- Rezapour, R., Tabrizi, J., Farahbakhsh, M., Saadati, M., & Abdolahi, H. (2019). Developing Iranian primary health care quality framework: a national study. *BMC Public Health*, 19(911), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7237-8>
- Sağlık Bakanlığı. (2024). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022*. <https://www.saglik.gov.tr/TR103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 13.08.2024.
- Salami, B., Olukotun, M., Vastani, M., Amodu, O., Tetreault, B., Obegu, P., ... & Sanni, O. (2022). Immigrant child health in Canada: a scoping review. *BMJ Global Health*, 7(4), e008189. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008189>
- Santana, M., Manalili, K., Jolley, R., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2017). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Sawin, E., Hummel, R., Lam, C., Mullen, L., Switzer, T., Robinson, J., ... & Walton, B. (2024). Use of telehealth simulation to teach the enhanced primary care RN role through community/public health-focused simulations. *Public Health Nursing*, 41(6), 1588-1599. <https://doi.org/10.1111/phn.13393>
- Schmitt, C., Curry, L., Homsy, G., Williams-Piehot, P., Glasgow, L., Hersh, D., ... & Rogers, T. (2017). Public and Opinion Leader Willingness to Fund Obesity-Focused Policies in Kansas. *Policy Politics & Nursing Practice*, 18(3), 125-134. <https://doi.org/10.1177/1527154417749492>
- Schramme, T. (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, 16(3), 210-218. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>

- Schumacher, J., Hall, A., Davis, T., Arnold, C., Bennett, R., Wolf, M., ... & Carden, D. (2013). Potentially preventable use of emergency services. *Medical Care*, 51(8), 654-658. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e3182992c5a>
- Segall, M. (1987). Primary health care is viable. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2(4), 281-291. <https://doi.org/10.1002/hpm.4740020407>
- Sekmenli, T. (2013). The impact of a postponed operation due to an anesthesia obstacle to the cost in children. *Dicle Medical Journal*, 40(3), 458-463. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2013.03.0310>
- Shi, L. (2012). The impact of primary care: A focused review. *Scientifica*, 432892, 1-22. <https://doi.org/10.6064/2012/432892>
- Shirjang, A., Doshmangir, L., Bazayr, M., & Gordeev, V. (2025). Primary health care reforms: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 26(e74), 1-33. <https://doi.org/10.1017/s1463423625000271>
- Simmons, L., Emily, C., Barker, R., & Barnett, F. (2022). Measuring health outcomes, experience of care and cost of healthcare in student-led healthcare services: A literature review. *Focus on Health Professional Education a Multi-Professional Journal*, 23(1), 37-64. <https://doi.org/10.11157/fohpe.v23i1.389>
- Söner, O., Yıldız, O., Yıldız, M., & Yıldız, A. (2024). Öğretmenlerin olumlu kimlik algılarını yordayıcısı olarak insana yakışır iş anlayışları – Elazığ İli Örneği. *İzû Eğitim Dergisi*, 6(2), 115-130. <https://doi.org/10.46423/izujed.1522453>
- Sönmez, C., Başer, D., Uludağ, G., Kara, H., Peker, A., Taşkaya, K., ... & Nefesoğlu, E. (2019). Düzce Üniversitesi aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastaların acile başvurma nedenleri ve ilişkili faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(2), 195-201. <https://doi.org/10.18521/ktd.581944>
- Starfield, B., & Shi, L. (2009). *Manual for the PCAT*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- Suprpto, S., Kamaruddin, M., & Nurhanifah, D. (2024). Building nurse competency strategy at public health center in Indonesia: A descriptive qualitative approach. *The Malaysian Journal of Nursing*, 15(03), 62-70. <https://doi.org/10.31674/mjn.2024.v15i03.008>
- Şahin, M. (2023). Afetlerde krize müdahale: Kahramanmaraş depremi'nde aile ve sosyal hizmetler bakanlığının çalışmaları. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 93-105. <https://doi.org/10.69514/sosyalsaglik.1474413>
- Şahin, S. & Akman, M. (2019). Assessment of unmet healthcare needs of therapeutic health services in patients who apply to the educational primary care center. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*, 4(2), 51-59. <https://doi.org/10.5336/intermed.2018-61203>
- Şanlıtürk, D. (2023). Astım hastalarında sağlık okuryazarlığı ile hastalık kontrolü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(3), 291-299. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1229942>
- Şenol, K., D., Düzalan, B., Ö, Sarıkaya, S., Özen, B. (2019). Kronik hastalığı olan menopozal dönemdeki kadınlarda menopoz algısı ve sağlık okur yazarlığının değerlendirilmesi. *TJFMPC*, 13(1), 14-21.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Valkonen, T. (2011). Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(7), 573-578. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.123182>
- Tran, B., Hwang, J., Nguyen, L., Nguyen, A., Latkin, N., Tran, N., ... & Latkin, C. (2016). Impact of Socioeconomic Inequality on Access, Adherence, and Outcomes of Antiretroviral Treatment Services for People Living with HIV/AIDS in Vietnam. *Plos One*, 11(12), e0168687. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168687>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Bölgesel İstatistikler*. <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/anaSayfa.do?dil=tr>. Erişim Tarihi: 11.07.2024.

- Uzun, Z., Erdem, S., Güç, K., Uzun, A., & Erdem, E. (2017). The effect of education on gender perception and gender role attitudes: An experimental study. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 678-693.
- Valaitis, R., Meagher-Stewart, D., Martin-Misener, R., Wong, S., MacDonald, M., & O'Mara, L. (2018). Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Services Research*, 18(420), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3194-7>
- Varinli, İ. (1996). *Üreticilerin ve tüketicilerin hizmet kalitesi beklentileri ve algılamaları*. (Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi).
- Wan, T. & Wan, H. (2023). Predictive analytics with a transdisciplinary framework in promoting patient-centric care of polychronic conditions: Trends, challenges, and solutions. *Ai*, 4(3), 482-490. <https://doi.org/10.3390/ai4030026>
- Webster, G. (2009). Better primary healthcare information for Canada: A goal within reach. *Healthcare Policy*, 5(SP), 8-15. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.21175>
- Whittington, J., Nolan, K., Lewis, N., & Torres, T. (2015). Pursuing the triple aim: The first 7 years. *Milbank Quarterly*, 93(2), 263-300. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12122>
- Won, M. & Shin, S. (2024). Mediating effects of patient safety perception and willingness to participate in patient safety on the relationship between health literacy and patient participation behavior among inpatients. *Frontiers in Public Health*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1349891>
- World Health Organization. (2001). *The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- Xie, F., Liang, X., Guan, X., Peng, J., Cao, X., & Liao, J. (2025). Impact of smart healthcare on the physical and mental health of older adults Chinese patients with chronic diseases under the background of “Internet Plus”: analysis of data from the China family panel studies. *Frontiers in Public Health*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1475456>

- Xu, Q., Wang, B., & Zhang, L. (2025). Health literacy profiles correlate with participation in primary health care among patients with chronic diseases: A latent profile analysis. *Front Public Health*, 26(13), 1628903. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1628903>.
- Palanbek Yavaş, S. (2024). Yaşlı erişkinlerde intihar üzerine değerlendirme. In A. Bilgili (Ed.), *Sağlık bilimlerinde akademik araştırma ve değerlendirmeler II*. Özgür Yayınları. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub566.c2300>
- Yıldız, A., & Doğu, G. (2022). Covid-19 pandemisinde sporcuların depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 105-112. <https://doi.org/10.30934/kusbed.1021127>
- Yitbarek, K., Negussie, A., Medhin, G., Alemayehu, Y., Teklu, A., Assefa, Y., ... & Haregu, T. (2023). Capacity of the Ethiopian primary health care system to achieve universal health coverage: a primary health care progression approach. *Health Policy and Planning*, 38(4), 474-485. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad013>
- Yoshioka-Maeda, K., Katayama, T., Fujii, H., Shiomi, M., Hosoya, N., & Mayama, T. (2023). Effectiveness of a web-based learning program for promoting local healthcare planning competencies. *Public Health Nursing*, 40(5), 685-695. <https://doi.org/10.1111/phn.13229>
- Yunana, P. (2016). Healthcare waste management practices in jalingo: a reflection of the state of healthcare system in taraba state, nigeria. *Texila International Journal of Public Health*, 4(4), 181-191. <https://doi.org/10.21522/tijph.2013.04.04.art017>
- Yurt, N. and Yavuz, E. (2025). Birinci basamak ve evde sağlık hizmetlerinde yaşlıların pnömokok ve influenza aşılama oranlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 19(1), 15-22. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1524568>
- Zaadoud, B., Chbab, Y., & Chaouch, A. (2020). Do performance measurement models have any impact on primary health care? A systematic review. *International Journal of Health Governance*, 25(4), 319-334. <https://doi.org/10.1108/ijhg-04-2020-0039>

- Zeng, J., Shi, L., Zou, X., Chen, W., & Ling, L. (2015). Rural-to-urban migrants' experiences with primary care under different types of medical institutions in Guangzhou, China. *Plos One*, 10(10), e0140922. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140922>
- Zhang, Y., Xu, P., Sun, Q., Baral, S., Xi, L., & Wang, D. (2022). Factors influencing the e-health literacy in cancer patients: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 17(2), 425-440. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01260-6>
- Zhao, S., Han, L., Liu, Y., & Xie, R. (2025). Investigation and analysis of mental health status of the older adult in western rural areas. *Frontiers in Public Health*, 13, 1612600. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1612600>