

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama: Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Hizmet Sunumu, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

A New Practice in Primary Health Care: Provision, Problems and Solution Proposals for Healthy Life Centers

Yunus Emre ÖZTÜRK * Sait SÖYLER **

Makale Geliş Tarihi / Received :22.04.2021
Makale Kabul Tarihi / Accepted :13.09.2021

ÖZET

Türkiye’de bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri, topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmektedir. Sağlıklı hayat merkezleri ise hem aile hem de toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerini desteklemek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla faaliyete konulan yeni bir uygulamadır. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı sağlıklı hayat merkezlerinde hizmet sunum süreçlerinin açıklanması, bu süreçlerde yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin irdelemesidir.

Araştırma nitel bir araştırmadır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan yarı-yapılandırılmış görüşme formu aracılığı ile toplanmıştır. Araştırma kapsamına Mersin ilinde yer alan dört adet sağlıklı hayat merkezi dahil edilmiştir. İki merkezde uzman hekimler ile, bir merkezde diyetisyen ve bir merkezde psikolog ile görüşme sağlanmıştır. Toplanan veriler öncelikle yazıya geçirilmiş, ardından betimsel analiz yöntemi ile irdelenerek raporlanmıştır.

Sonuç olarak henüz yeni bir uygulama olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında birçok alanda aktif olarak hizmet sunan sağlıklı hayat merkezleri geniş bir kitleye hizmet sunmakta, birinci basamaktaki teşhis ve tedavi süreçlerine ek olarak sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli roller üstlenmektedir. Merkezlerin hizmet süreçlerinde bir takım sorunlar yaşanabilmektedir. Araştırmada yaşanan sorunlara ilişkin bir takım öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kavramlar: *Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlıklı Hayat Merkezi*

ABSTRACT

Person focused primary health care services in Turkey are carried out by family health centers and community focused primary health care services by community health centers. Healthy life centers (HLCs) are a new practice put into operation in order to support and facilitate access to primary healthcare services carried out by both family and community health centers. In this context, the purpose of this study is to explain the service delivery processes in HLCs, to examine the problems and to suggest solutions.

The study is a qualitative research. The data were collected through a semi-structured interview form created by the researchers. "Four HLCs located in Mersin province were included. Interviews were conducted with specialist physicians from two centers, with a dietician and with a psychologist. The collected data were first transcript and then analyzed and reported through descriptive analysis method.

As a result, although it is still a new practice, HLCs provide services to a wide community in many areas within the scope of primary health care services. In addition to diagnostic and treatment processes in primary care, they play important roles in preventive health services such as health education and consultancy services. There may be some problems in the service processes of the centers. A number of suggestions have been presented regarding the problems experienced in the research.

Keywords: *Health, Health Services, Healthy Life Centers*

* Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü yunuseozturk@gmail.com, **ORCID No:** 0000-0002-6178-6129

** Öğr. Gör., Tarsus Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, saitsoyler@tarsus.edu.tr, **ORCID No:** 0000-0002-7915-0073

GİRİŞ

Sağlık kavramı geçmişten günümüze değin sağlık ile ilgili çalışmalar yapan araştırmacıların üzerinde durdukları bir konu olmuş, kavram üzerinde yoğun olarak çalışılmış ve tanımlanmaya çalışılmıştır. Bugün literatür incelendiğinde çok sayıda sağlık tanımının yapılmış olduğu görülmektedir. Bu tanımlar bir takım benzerlikler içerebildikleri gibi sağlık kavramına farklı perspektiflerden bakan tanımlar da bulunmaktadır. Tanımlardan bazıları sağlık kavramının biyolojik yönüne dikkat çekerken bazılarında ise sağlığın sosyo-psikolojik yönüne dikkat çekilmiştir (Özçelik Adak, 2015: 7). Sağlık tanımlarının ayrıldığı diğer bir nokta ise sağlık kavramına negatif veya pozitif yönü ile yaklaşılmasıdır. Geleneksel tanımlarda sağlık kavramı negatif yönü ile bir hastalığın veya sakatlığın olmaması olarak ifade edilmekte, sağlığın pozitif ve işlevsel yönleri göz ardı edilmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramı ile ilgili en geniş kapsamlı tanımı yapmış, araştırmacılar tarafından çok bilinen bu tanımda sağlıkla ilgili olarak “tam bir iyi olma hali” kriterini öne sürmüştür (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>). Her ne kadar “iyi olma hali” ifadesinin muğlaklığı ve ölçülmesinin zorluğu bu tanımı da büyük ölçüde tartışmalı kılsa da birçok ülke sağlık politikalarını bu tanım çerçevesinde şekillendirmeye başlamıştır (Kronenfeld, 2002: 22). Son dönemde ise sağlığı kavram olarak tanımlamaktan ziyade, sağlığın farklı boyutlarına değinilmeye başlanmıştır. Genel olarak sağlığın çok boyutlu olduğu ifade edilmektedir. Araştırmacıların üzerinde durdukları boyutların sayısı farklı olsa da bu boyutların birbirlerinden kesin çizgiler ile ayrılmadığı belirtilmektedir (Hjelm, 2010: 2-3). Burada öncelikle biyolojik veya mental bir rahatsızlığın olmaması, diğer boyutta bireylerin günlük yaşamın gereksinimlerine karşılık verebilmesi, başka bir boyutta ise bir hastalık/sakatlığın varlığına rağmen bireylerin hem iç hem de dış çevreleri ile bir denge kurabilmeleri ön plana çıkmaktadır (Sartorius, 2006 662-663). Sonuç olarak günümüzün değişen koşulları, çevresel faktörler, bireylerin algıları ve özellikle yaşlanan nüfus gibi demografik faktörlerden dolayı sağlığın yeniden tanımlanması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada sağlığın mental veya biyolojik olarak bir hastalığın olmaması veya “tam bir iyilik hali” olarak görülmesi yerine “bir takım hastalıklara ve/veya sakatlıklara rağmen, yaşamdan maksimum fayda sağlama” şeklinde bir tanımın günümüzün koşullarına daha uygun bir tanım olabileceği düşünülmektedir (Söyler ve Çavmak, 2019: 392).

Sağlık tanımına benzer şekilde bireylerin ve toplumların sağlıklı olup olmamasının bağlı olduğu unsurlar da geçmişten beri tartışılmaktadır. Bu unsurlara ilişkin de çok farklı tanım ve sınıflamalar yer almaktadır. Sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen bu unsurlar DSÖ tarafından çevre (ekonomik ve fiziki), sosyo-ekonomik statü, eğitim seviyesi, sağlık hizmetlerine erişim, bireysel özellik ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>).

Hem sağlık kavramının hem de sağlığın belirleyicilerinin tanımlanması sağlık hizmetlerinin organizasyonu açısından önem arz etmektedir. Zira sağlık hizmetlerinin organizasyonunda “sağlıklı” olarak ifade edilen durumların sağlanmasına çalışılırken sağlığı bozan durumların elemine edilmesine, sağlık durumunu yükseltecek davranışların geliştirilmesine önem verilmektedir. Ülkeler sağlığa etki eden çevresel faktörleri iyileştirmeye çalışırken, bireysel faktörlerin iyileştirilmesine de önem vermektedirler. Sağlık üzerinde en az etkiye sahip olan belirleyicinin sağlık hizmetleri olduğu ifade edilmektedir (Schults ve Johnson, 2003: 20). Ancak ülkeler sağlık hizmetlerine çok ciddi bütçeler ayırmaktadır. Bugün OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcamaları 4 bin dolar düzeyinde gerçekleşmektedir. Ayrıca sağlık alanıyla ilgili direkt

maliyet/harcama unsuru olmayan sağlık profesyonellerinin eğitimi, üniversitelerde alt yapı oluşturulması, sağlık tesislerinin kurulması ve alt yapısının sağlanması gibi harcamalar da yüksek düzeyde gerçekleşmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılacaktır (Söyler ve Çavmak, 2019: 393-394).

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olarak sınıflanmasının yanı sıra, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de bu kapsamda değerlendirilmektedir (Demir ve Demir, 2014). Diğer taraftan bahsedilen sağlık hizmetlerinin organizasyonu üç düzeyde gerçekleşmektedir ve bu düzeyler birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak isimlendirilmektedir (Eddy, 2019: 81).

Bu çalışmanın konusu olan birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak ön plana çıkmaktadır. Yatarak tedavilerin gerekli olmadığı, ayaktan teşhis ve tedavilerin yapılabildiği, bir takım evde bakım hizmetlerinin yürütülebildiği hizmetler olarak ifade edilmektedir (Başol, 2015: 130). Öte yandan birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amacının hastalıkların önlenmesi ve iyi olma durumunun artırılmasıdır. Burada bahsedilen birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla aile hekimleri tarafından verilmekte, bunun yanı sıra iç hastalıkları uzmanı, çocuk hastalıkları uzmanı veya aile hekimliği hemşireleri tarafından da sunulabilmektedir. Önceleri hastalıkların tedavi edilmesinin ön plana çıktığı birinci basamak sağlık hizmetleri, günümüzde daha bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmakta; koruyucu hizmetlere ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine odaklanmaktadır. Bunun sağlanması için en çok başvurulan yöntemler ise çeşitli eğitimler, sigarayı bıraktırma ve beslenme danışmanlığı gibi sağlıklı yaşam biçimi modifikasyonları, bağışıklama, düzenli takip ve görüntüleme ve sağlıklı bir çevrenin oluşturulmasına yönelik uygulamaları (hijyen, toksik ajanlardan korunma gibi) içermektedir (White vd., 2011: 91). Birinci basamak sağlık hizmetlerini klinik amaçlarına göre tanımlayan başka bir çalışmaya göre ise birinci basamakta; tıbbi teşhis ve tedavi, psikolojik teşhis ve tedavi, hastalığın her aşamasında personel desteği, korunma, teşhis ve tedavi süreçleri hakkında bilgi verme amaçlı iletişim, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi gibi hizmetler sunulmaktadır (Stoeckle, 2009: 1). Bir başka kaynakta ise özellikle yeni doğanlarla ilgili oral değerlendirmenin de birinci basamak hekimi tarafından yapılması gerektiğini ifade etmekte, ancak bu durumun hekimlerin yetersiz eğitimi nedeniyle gerçekleşmediği öne sürülmektedir (Brodsky ve Ouellette 2008: 283). Diğer taraftan birinci basamakta görev yapan aile hekimleri açısından bir uzmanlığa ilgi göstermeleri veya aile hekimliğinin bir yan dalı olarak görülebilecek uzmanlıklara sahip olmaları yönünde tartışmalar vardır. Bu tür yan dal benzeri uzmanlıklara sahip hekimler iş arkadaşlarına danışmanlık yapabilir, konsültasyon alabilir ve endoskopi, minör operasyonlar gibi uygulamaları gerçekleştirebilirler. Aynı zamanda bu hekimler birinci ve ikinci basamak arasında köprü görevi alabilir, birinci basamaktan üst düzeyde uzmanlık gerektiren ancak ikinci basamağa gitmesine gerek duyulmayan hastaların tedavilerinde görev alabilirler. Özel ilgili aile hekimi (GP with special interest) olarak ifade edilen bu hekimlerin özel ilgi alanına sahip olmalarının yanı sıra birinci basamak uygulamalarından kopmamaları da önem arz etmektedir. Türkiye için henüz yeni olan bu görüş 2000li yılların başından beri üzerinde tartışılan bir konudur ve birinci basamak sağlık hizmetlerini daha iyi bir noktaya getireceği düşünülmektedir (McWhinney, 2003; Malik, 2006).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en dikkat çekici özelliklerinden biri sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri azaltma noktasındaki önemli rolüdür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alt

yapının sağlıklı bir şekilde oluşturulması ve sağlık insan gücünün ve gerekli diğer kaynakların daha dengeli dağıtılması ile beraber toplumun sağlık sorunlarına daha etkin çözümler getirilebilmekte ve yaşanan eşitsizlikler aşılabilmektedir (Başer vd., 2015: 27).

Görüldüğü gibi birinci basamak sağlık hizmetleri esasında bir sağlık sisteminin en önemli alanlarından biridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı ile ilgili uygulamalardan teşhis ve tedaviye, madde bağımlılığı ile mücadeleden kronik hastalık takibi ve tedavisine kadar çok geniş bir yelpazede hizmet sunulmaktadır. Ayrıca sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesinde önemli bir konumda olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi sıklıkla gündeme gelmektedir. Türkiye’de de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi kapsamında 2005 yılında aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır (Akdağ, 2012: 423) ve günümüzde ülke genelinde uygulanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından yeni bir uygulama olan sağlıklı hayat merkezleri; “...sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılar...” olarak tanımlanmaktadır. Bu merkezlerde ülke genelinde aile hekimliğinin desteklenmesi ve güçlendirilmesi amacıyla sağlık danışmanlığı, röntgen ve laboratuvar gibi hizmetler ile hekimlik dışı olarak ifade edilen diyetisyenlik, fizyoterapi, çocuk gelişimi gibi hizmetler sunulmaktadır. Böylece ikinci basamak sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların önlenmesi, madde bağımlılıklarının yol açtığı olumsuzluklarla mücadele edilmesi, obezite ile mücadele ve toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Sağlıklı hayat merkezlerinin hedef kitesini sadece hasta bireyler değil, sağlıklı bireyler de oluşturmaktadır. Ülkemizde sağlıklı hayat merkezlerinin aktif hale getirilmesi 2017 yılının sonlarında başlamıştır ve 100 tane sağlıklı hayat merkezinin açılışı tamamlanmak üzeredir (<https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>).

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’nde ise Sağlıklı Hayat Merkezi; “Aile ve toplum sağlığı merkezlerinin sunmuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek amacıyla oluşturulan birim” olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete 2015).

Sağlıklı hayat merkezlerinde beslenme danışmanlığı kapsamında kişiye özel beslenme programları oluşturulmakta, beslenme ile ilgili eğitimler verilmekte ve gerekli ölçümler gerçekleştirilerek bireyler yönlendirilmektedir. Günlük fiziksel aktivitelerin planlanması ve yine kişiye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarının oluşturulması ile eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Kronik hastalıklarla yaşam ve sağlıklı yaşlanma danışmanlığı sunulmaktadır. Sağlıklı hayat merkezlerinde hem evlilik öncesi danışmanlık hem de kadın üreme sağlığı danışmanlığı verilmektedir. Bu kapsamda evlilik öncesi ve sürecinde sağlık ve aile planlaması eğitimleri ile kadın üreme sağlığı konularında eğitimler verilmekte, aynı zamanda bireysel danışmanlık ve aile danışmanlığı hizmetleri sunulmaktadır. Hamilelikle ilgili doğum öncesi ve doğum sonrası ana ve çocuk sağlığına yönelik eğitimler ile çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı hizmetleri verilmektedir. KETEM hizmetleri kapsamında kanser taramaları, eğitim ve danışmanlık faaliyetleri gerçekleştirilmekte ve taramalar sonucunda kanser tespit edilen bireylere danışmanlık sağlanmaktadır. Sigara bıraktırma sürecinde aktif rol alınmakta ve bireylere gerekli destek

sunulmaktadır. Çeşitli gruplara yönelik sosyal çalışmalar ve toplumsal destek çalışmaları gerçekleştirilmekte, uyuşturucu bağımlılarına yönelik tedavi ve rehabilitasyon ile hem bağımlı bireylere hem de ailelerine yönelik danışmanlık faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Sağlıklı yaşam merkezlerinde tansiyon ölçümü, görüntüleme hizmetleri ve tıbbi laboratuvar hizmetleri ile enfeksiyon kontrolü ve enjeksiyon ve pansuman hizmetleri sunulmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı ve okul sağlığı hizmetleri sunulmakta, sağlık okuryazarlığı okulu ile kazalardan korunma, kronik hastalıklarda hasta ve hasta yakını eğitimleri, hijyen, yara bakımı, omurga sağlığı gibi konularda hizmetler verilmektedir (<https://shm.saglik.gov.tr/>).

Sağlıklı hayat merkezlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendireceği ve aile hekimliği uygulamalarını destekleyeceği öngörülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde uygulamaya konulan aile hekimliği modeli dönüşüm programının en önemli unsurlarından bir tanesidir. Öte yandan topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi de amaçlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir sağlık sistemi içerisindeki yeri ve önemi göz önünde bulundurulduğunda, sağlıklı hayat merkezleri ile beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinin amaçlarına ulaşmaya daha yakın bir noktaya geleceği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı birinci basamak sağlık hizmetleri açısından yeni bir uygulama olan Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde hizmet sunum süreçlerinin açıklanması, bu süreçlerde yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin irdelenmesidir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen, henüz yeni bir uygulama sayılabilecek olan Sağlıklı Hayat Merkezleri ile ilgili bu kapsamda bir çalışma olmadığı görülmektedir. Sadece bir yüksek lisans tezinde bu merkezleri kullanan bireylerin algıları ve beklentileri değerlendirilmiştir (Çavmak, 2018). Dolayısıyla araştırmanın özgün değere sahip olduğu düşünülmektedir.

1. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın problem cümlesi; “Sağlıklı hayat merkezlerinde hizmet sunumu nasıl gerçekleştirilmektedir, yaşanan problemler ve çözüm önerileri nelerdir?” cümlesidir. Araştırma deseni bu kapsamda oluşturulmuştur.

Araştırma nitel bir araştırma olma özelliği göstermektedir. Araştırmada nitel veri toplama teknikleri ve veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu yarı-yapılandırılmış olarak tasarlanmış, görüşülen kişinin görüşlerini belirli sınırlar içerisinde ifade edebilmesi olanaklı kılınmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan görüşme soruları öncelikle başka bir ilde görev yapan bir sağlıklı hayat merkezi çalışanının da dahil olduğu, en az bilim uzmanı seviyesinde olan üç kişi ile pilot görüşme yapılarak değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda revize edilmiştir. Bu kapsamda sekiz sorudan oluşan yarı-yapılandırılmış görüşme formunun kullanılmasına karar verilmiştir. Yarı-yapılandırılmış görüşme, yapılandırılmış ve yapılandırılmamış veri toplama araçlarının iki ucu arasında konumlandırılmaktadır. Burada görüşmecilerin önceden hazırlanan soruların dışına çıkma ve ek soru sorma imkânı olduğu, belirlediği alt başlıklarla ilgili ayrıntılı bilgiler alabileceği ifade edilmektedir (Berg ve Lune, 2015: 136-137). Araştırmanın çalışma evreni Mersin ili içerisinde yer alan dört adet sağlıklı hayat merkezinin çalışanları oluşturmaktadır. Örnekleme dahil edilmenin gönüllülük esaslı olması,

coğrafi sınırlılıklar ile zaman ve maddi sınırlılıklar neticesinde her merkezden bir sağlık çalışanı ile nitel görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme formunda yer alan sorular SHM yönetimine ilişkin sorular, başvuru ve bilinirliğe ilişkin sorular ve hizmetlere ilişkin sorular şeklinde üç temadan oluşmaktadır. Araştırmacılar bu temalara ilişkin soruları görüşülen kişilere yönlendirmiş, görüşmenin ilerleme durumuna göre ek sorular sorarak konuların detaylandırılmasını sağlamışlardır.

Veriler, Mersin ili içerisinde yer alan sağlıklı hayat merkezlerinde görev yapmakta olan sağlık personellerinden yetkili olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerle yüz yüze ve telefon ile görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği il içerisinde farklı bölgelerde toplam dört adet sağlıklı hayat merkezi aktif olarak faaliyet göstermektedir. Araştırma gönüllülük esaslıdır ve potansiyel katılımcılarla önceden telefonla görüşme yolu ile araştırmanın amacı ve kapsamı ile kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına ilişkin bilgiler verilmiş ve görüşme için randevu istenmiştir. Bu kapsamda araştırmaya aktif olarak faaliyet gösteren tüm merkezlerden birer kişi dahil edilmiştir. Bu kişilerden ikisi ile yüz yüze görüşme yapılmış, iki katılımcı ise telefonla görüşmenin kendileri için daha uygun olacağını belirterek sorulara telefon görüşmesi esnasında yanıt vermek istediklerini belirtmiştir. Katılımcıların gizlilik beklentileri nedeniyle demografik bilgilerine yer verilmemiştir. Görüşülen kişilerden iki tanesi uzman hekim, bir tanesi diyetisyen ve bir tanesi psikologdur. Katılımcılar K1, K2, K3 ve K4 şeklinde kodlanmıştır.

Veri toplama sürecinde görüşme formunda yer alan sorular görüşülen kişiye yöneltilmiş ve verilen cevaplar kaydedilmiştir. Verilen cevapların kaydedilmesinden önce katılımcılardan sözel olarak onam alınmıştır. Görüşmeler sonucunda elde edilen veriler öncelikle herhangi bir çıkarım yapılmadan temize çekilmiştir. Ardından araştırma bulguları betimsel analiz yöntemi ile değerlendirilmiş ve sunulmuştur. Veri analizinde öncelikle toplanan verilerin düzenlenmesi, ardından veri redaksiyonu ve ayıklama işlemleri gerçekleştirildikten sonra bulgular önceden belirlenmiş temalara uygun bir şekilde sınıflanarak raporlanmıştır. Araştırmada deductive (tümdengelimsel) yöntem kullanılmıştır.

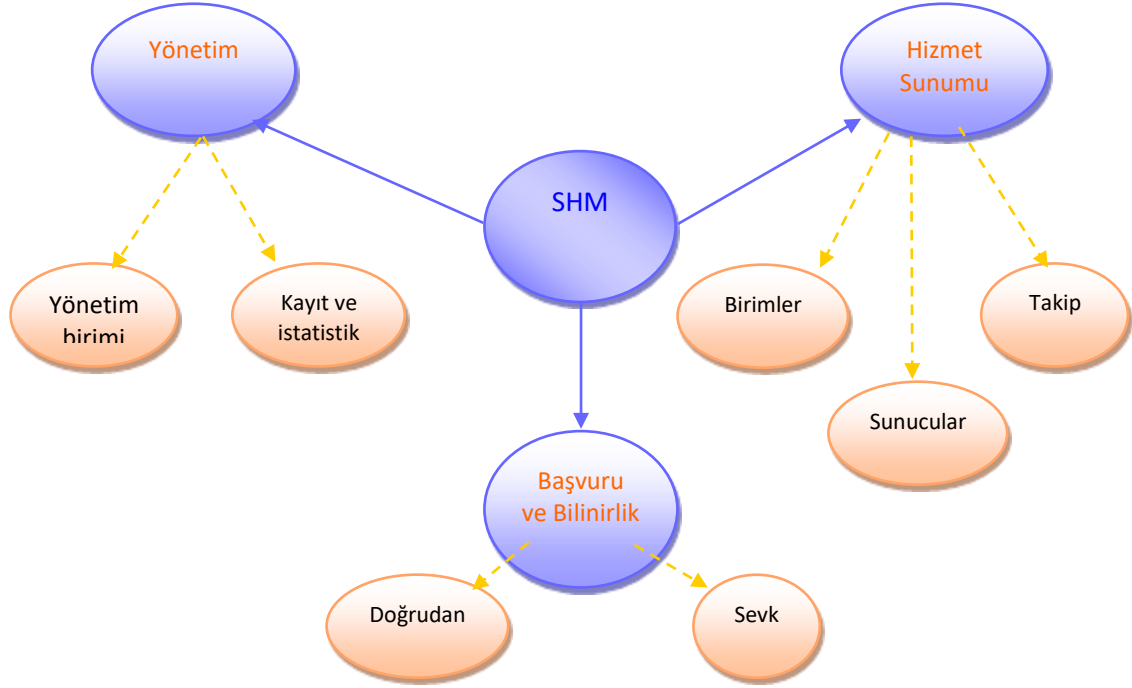
1.1.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamında veri toplanmasından önce Tarsus Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Komisyonu'ndan 04/12/2019 tarih ve 2019/6 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

2. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamında sağlıklı hayat merkezleri üç alt kategoride incelenmiştir. Araştırmaya ilişkin ana tema ve alt temalar şekil 1'deki gibi şekillenmiştir. Bulgular oluşturulan alt temalar bağlamında betimsel analiz metoduyla analiz edilmiş ve sunulmuştur.

Şekil 1. Araştırmanın Temaları



2.1.SHM Yönetimi

Katılımcıların ifade ettiği üzere SHM yönetimi “Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)” veya “İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM)” tarafından sağlanmaktadır. Zira görüşmek üzere gidilen bir SHM’nin ilçe sağlık müdürlüğü binası ile entegre olarak faaliyet gösterdiği saptanmıştır. Katılımcılar yine TSM veya İSM tarafından görevlendirilen bir sorumlu hekimin genel işleyişle ilgili yönetim süreçlerini yürüttüğünü belirtmişlerdir. Konu ile ilgili olarak katılımcı görüşleri ise şu şekildedir;

K1: “Yönetim açısından TSM’ye bağlıyız. Dolayısıyla yönetimi oradan sağlanmaktadır. Birimde görevli olan bir sorumlu hekim var. Birim yönetimini kendisi götürüyor. Altyapı, kapasite, bina ve çalışanlar TSM tarafından temin edilmektedir.”

K2: “Yönetim İSM tarafından sağlanıyor. Bina olarak da İSM ile aynı yerdeyiz. Bina zaten bakanlığa ait.”

K3: “Burada SHM, ilçeye bağlı. TSM yok. Bir sorumlu hekim var. Bir de vaka koordinatörü arkadaşımız var. Vaka koordinatörü hastaları karşılayıp yönlendirmelerini yapıyor. Mesela obezite birimine gelen hastanın KETEM ile ilgili bir durumu varsa vaka koordinatörü bu kişiyi yönlendiriyor. Hasta böylece ihtiyacı olan bütün hizmetleri almış oluyor. (Vaka koordinatörüyle ilgili ek soru üzerine); “Vaka koordinatörünün SHM çalışanı olması yeterli, bizde diyetisyen arkadaşımız yardımcı oluyor.”

K4: “Merkezin yönetimi ile ilgili olarak kararlar İSM tarafından alınıyor, süreçleri de çoğunlukla İSM yürütüyor. İSM’ye ait bir hizmet birimi gibi çalışıyoruz.”

SHM yönetimi kapsamında hizmet süreçlerinin sürdürülmesi ile ilgili sorulara da yer verilmiştir. Burada hasta takibi ve kayıt işlemleri ile ilgili görüşlerin açıklanması istenmiştir. Genel

olarak tüm katılımcılar online bir kayıt, takip vb. sistemin olmadığını ifade etmiştir. Gelen hastaların poliklinik defterlerine manuel olarak yazıldığı ve takibinin ilgili birim çalışanlarının çabasına bağlı olduğu ifade edilmiştir. Hastanın belirlenen takvime uyum derecesinin hizmet süreçlerinde etkili rol oynadığı belirtilmiştir. Hekimin hasta muayene sistemine kayıt girebildiği belirtilmiş, yardımcı sağlık personelinin ise böyle bir imkândan yoksun olduğu ifade edilmiştir. Hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin geçmiş kayıtlarını e-Nabız üzerinde göremedikleri ve bunun ileride sorun yaratabileceği ifade edilmiştir. Sağlık istatistiklerinin ise birimlerdeki görevli personelin tuttuğu kayıtlara bağlı olduğu, belirli periyotlarla istendiği ifade edilmiştir. Katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibidir;

K1: “Hasta kayıtları ile ilgili resmi bir sistem yok, gelen hastaları eski usul poliklinik defterlerine yazıyoruz. Hastalarımızı kendimiz takip ediyoruz ama bu biraz da hastaya bağlı. Örneğin psikolog ilk görüşmesinden sonra bir randevu oluşturabiliyor, hasta bu takvime uyarsa düzgün bir şekilde takip edilebiliyor. Bu diyetisyen için de benzer şekilde gerçekleşiyor. Hastaya ileri bir tarihte gelmesi söyleniyor ve geldiğinde takip gerçekleştirilmiş oluyor. Ancak sistemli bir sağlık kayıt sistemimiz şuan yok. Bizim direkt veri girebileceğimiz bir sistem yok, dolayısıyla hasta örneğin e-nabızda falan aldığı hizmetleri veya bir takım uygulamaları göremiyor. Her ay sonunda bizden kaç kişiye hizmet sunulduğu ile ilgili bilgi isteniyor. Burada bu işi verdikleri bir arkadaş var, bütün birimler rakamlarını ona veriyorlar, o da müdürlüğe bildiriyor.”

K2: “Muayene olan hastanın bilgileri kayıt altına alınmıyor. Elle kaydediyoruz. Hekimin baktıkları ise hasta muayene sistemine düşüyor zaten, sonra e-Nabızdan da görülebiliyor. Ama yardımcı sağlık personelinin baktıkları düşmüyor. Onlar kendileri tutuyorlar. Şuan için diğerlerinin kendi kayıtları var. E-nabıza düşse iyi olur.

K3: “Sistem bazı birimlere hasta takibi işlemleri için izin veriyor, ama genelde personel takipleri kendisi yapıyor.”

K4: “Burada sağlık kayıtları tarafımızca tutuluyor. Belirli periyotlarda hizmet verilen kişilerle ilgili kayıtlar bizden isteniyor. Burada bilgisayarlı bir kayıt sistemimiz yok. Bu nedenle hem randevularda hem de hasta kayıtlarında hizmeti veren kişiye bağlıyız. Yoğun birimlerde arkadaşlar özellikle randevu defteri tutma yoluna giderken çok yoğun olmayan alanlarda randevu tutulmasına gerek kalmadan, gelen hastaya doğrudan bakılabiliyor.”

2.2.Başvuru ve Bilinirlik

SHM’ne başvuruların genelde doğrudan başvuru olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimlerinden yönlendirmelerin yapıldığı ifade edilmiş, bu yönlendirmelerin resmi bir sevk kanalı ile değil sözel olarak yapıldığı belirtilmiştir. Bir katılımcı resmi bir sevk uygulamasının getirildiğini ancak aile hekimlerinin iş yoğunluğunu artırdığı gerekçesi ile uygulanmadığını belirtmiştir. KETEM birimine ise direkt sevk ile başvuru yapılabildiği belirtilmiştir. Yoğunluğun yüksek olduğu SHM’lerde özellikle diyetisyen, psikolog ve fizyoterapistlere başvurularda yoğunluğun yönetilmesi için randevu alınması yoluna gidildiği ancak randevuların merkezi bir sistemden değil, telefon ile alındığı ve randevuların randevu defterleri aracılığı ile takip edilebildiği ifade edilmiştir. Yoğunluk yaşanan birimlerde randevusuz gelenlerin uzun süre bekleyebildiği ve buna ilişkin problemlerin yaşandığı belirtilmiş, yoğun olmayan birimlerin ise gelen hastalara bekletmeden hizmet sunabildiği ifade edilmiştir. Bir katılımcı SHM bilinirliğinin çok yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak

yoğunluk ve hizmet süreçlerinin yürütülmesiyle ilgili problemlerin yaşanabildiğini ifade ederken, diğer bir katılımcı ise SHM bilinirliğinin çok düşük olduğunu ve başvuru sayılarının henüz yeterli seviyede olmadığını belirtmiştir. Başka bir katılımcı ise başvuru sayılarının iyi düzeyde olduğunu ancak daha önce coğrafi olarak merkezi bir konumda olan SHM'nin taşınması ile başvurularda düşüş olduğunu belirtmiştir. Öte yandan birçok birimin eğitim ve danışmanlık ile ilgili görevleri de olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle bazen randevu verilemediği, gelen hastaların bir süre bekleddikten sonra hizmet alabildiği belirtilmiştir. Katılımcıların konu ile ilgili görüşleri aşağıdaki gibidir;

K1: “Aslında aile hekimliklerinden resmi bir şekilde sevk yapılabilmesi lazım. Ancak sevk için aile hekimleri tarafından doldurulması gereken çok form var. Bu nedenle uygulanmıyor. Açıkçası bunu kırtasiyecilik olarak görüyorlar. Sevk olmadan da hizmet alınabildiği için sözel olarak SHM'ye gidebilirsiniz diye gönderiyorlar. KETEM bölümüne ise resmi yollarla sevk sağlanabiliyor. Doğrudan başvuru da yapılabilir. Resmi bir başvuru sistemi yok, ben kendim bir randevu sistemi oluşturdum. Bir aylık randevularımı takip edebiliyorum. Yoğunluk had safhada dolayısıyla bu bir aylık randevu, randevu kabul etmeye başladığım anda doluyor. Doğrudan başvuruda ise randevulu hastalara öncelik verdiğimiz için randevusuz gelenlerin bekleme süreleri çok uzun olabiliyor. Ancak bazı birimlerde iş yoğunluğu hiç yok, bu birimlere randevusuz gelindiğinde bile çok kısa bekleme süresinin ardından görüşme yapılabilir. SHM burada yaygın olarak biliniyor. İnsanlar özellikle ücretsiz olduğu için çok sık geliyorlar, bazen gelmişken arkadaşımı da getirdim diyebiliyorlar. Aylık başvuru sayısı ile ilgili ben sadece kendimi biliyorum, çünkü herkes ayrı ayrı birimindeki sayıları görevli arkadaşına bildiriyor, sayılar topluca müdürlüğe bildiriliyor.”

K2: “Aile hekimliğinden sözel olarak bize yönlendiriyorlar. Doğrudan başvuru da yapılabilir. Özellikle fizyoterapi ve diyetisyen bölümünde ve psikoloğumuz randevulu çalışıyor. Bunlar yoğun çünkü...”. “Randevu için de telefon açılması lazım, bu randevuları da arkadaşlarımız kendileri organize ediyorlar. Randevu defterleri-listeleri var. Hastane sistemi gibi olmadı yani bizim kurum...”. “Personeller eğitimde veya sahada olduğunda randevu veremiyorlar bu nedenle bilgisayarlı bir sistemimiz olsa daha iyi olur...”. “Eskiden merkezi bir yerde kiralık binada çalışıyorduk, orda daha çok hasta bakıyorduk, şimdi aşırı bir yoğunluğumuz olduğunu söyleyemem.”

K3: “Aile hekimliğinden resmi sevk yok, genelde aile hekimi bize gelmesini öneriyor. Muayene hizmeti vermiyoruz. Danışmanlık gibi hizmetlerimiz var, bu nedenle teşhis için aile hekimi muayenesi gerekiyor. Randevu için ise listelerimiz var. Her birim kendisi tutuyor. Başvurularla ilgili sıkıntı yaşamıyoruz, zira yoğunluğumuz çok az. Bu nedenle direkt başvuru ile de telefonla randevu ile de başvuru alabiliyoruz ve problem yaşamıyoruz. Toplumda pek bilinmiyor. Yeni yeni öğreniyorlar bu nedenle tanıtım faaliyetlerine önem verilmesi gerekiyor. En yoğun birimlerimiz beslenme, fizik tedavi ve psikoloji. KETEM de yoğun birimlerden bir tanesi.”

K4: “Buranın bilinirliği özellikle son dönemde arttı. Hastalar herhangi bir sevk, yönlendirme vb. olmadan direkt olarak başvurabiliyor. Direkt olarak randevusuz gelenler çoğunlukta, bir kısmını aile hekimi gönderiyor. Bazı birimlerde ise hastanın gelmeden önce araması isteniyor. Böylece hem kurumda yoğunluk yaşanmıyor hem de hastanın bekleme süresi kısalıyor.”

Görüldüğü gibi özellikle merkezi bir randevu sisteminin olmamasından ve resmi kanallı bir sevk sisteminin olmamasından kaynaklı yakınmalar mevcuttur. Özellikle yoğunluk yaşanan birimlerde bu türden bir otomasyonun olmaması hizmet süreçlerinde aksama ve yoğunluklara neden olabilmektedir. Bazı bölgelerdeki birimler yoğun olarak başvuru alırken bazı birimlerde ise yoğunluk yaşanmamaktadır. Ayrıca bilinirlik de bölgeden bölgeye göre değişebilmektedir.

2.3.Hizmet Sunumu

SHM ile ilgili bilgilerin yer aldığı internet sitesindeki bütün hizmetler her SHM’de mevcut değildir. Bir SHM’de internet sitesinde yer alan hizmetlerin yarısı kadar hizmet sunulabilmekte, diğer bir birim ise tamamına yakını sunabildiğini belirtmektedir. Hekimlerin özellikle KETEM ile ilgili hizmetlerde yoğunluklu olarak aktif görev aldığı, bunun yanında sigara bıraktırma hizmetlerinde de önemli roller üstlendiği belirtilmiştir. Bu iki hizmet yoğunluklu olarak hekimler tarafından sağlanırken, diğer hizmetlerde yardımcı sağlık personelinin görev yaptığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra bir takım problemlerin yaşandığı da belirtilmiştir. Özellikle iki katılımcı bina kapasitesinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Bunlardan biri kapasitenin yanı sıra bazı odalarda havalandırma ve ısınma ile ilgili bazı eksiklikler olduğunu belirtmişlerdir. Öte yandan bir katılımcı var olan kapasitenin yanlış kullanılabildiğinden bahsetmiştir. Bir katılımcı ise hastaların aile hekimliği birimlerinden ziyade SHM’ye başvurduklarını ifade etmektedir. Bunun sebepleri ile ilgili ek soru sorulduğunda coğrafi erişilebilirlik, memnuniyet ve iletişim gibi unsurlardan bahsedilmiş, özellikle bağışıklama için SHM’nin aile sağlığı merkezlerinden daha yoğun olarak faaliyet gösterdiğini belirtmiştir. Bir katılımcı ise hizmet sunumu ile ilgili mevcut kapasitenin daha fazla kullanılabileceğini, daha yüksek sayıda hasta bakılabileceğini ifade etmiş, tanıtım faaliyetlerine önem gösterilmesi gerektiği yönünde görüş bildirmiştir. Katılımcıların hizmet sunumuna yönelik görüşleri aşağıdaki gibidir;

K1: “Birimlerin hepsi aktif değil. Burada on civarı hizmet sunuluyor. Hekimler KETEM hizmetleri ile sigara bıraktırma süreçlerinde daha aktif rol oynuyorlar. Onun dışında yardımcı sağlık personeli görev yapıyor. Bu kapsamda diyetisyenimiz, psikoloğumuz, çocuk gelişimcimiz, hemşiremiz ve sosyal çalışmacılarımız var. Aslında dış hizmetleri de verebiliriz ama burada görevli arkadaş TSM tarafından verilen işleri yapıyor bu nedenle poliklinik yapabilecek durumda değil”... “Genel olarak hizmet sunumuyla alakalı öncelikle bina kapasitesinin yetersiz olmasıyla ilgili sıkıntılar çekiyoruz. Ayrıca binanın bazı bölümlerinin havalandırılma ve ısınma ile ilgili sıkıntıları var. Dolayısıyla altyapı ile alakalı sıkıntı var diyebiliriz. Hasta kayıtlarının tutulabileceği bir sistem olsa hizmette devamlılık daha iyi sağlanabilir. Ayrıca her birimde bilgisayarlı randevu sistemi oluşturulabilse veya MHRS gibi bir randevu sistemimiz olsa hem daha iyi hizmet sunulabilir hem de bekleme süreleri azaltılabilir. Bazı birimlerde yoğunluk fazla, bina ve sağlık çalışanı kapasitesi artırılrsa belki de bu sorunu çözebiliriz.”

K2: “Hepsi faal (Birimlerin). Bütün birimler var. Dış ünitesine kadar hepsi faal durumda.”... “Bu sistemde genelde pek sorun yok, ama bazen talep fazla olduğunda ki bazı hastalar aile hekiminden ziyade bizi tercih ediyor, bu talep karşılanamayabiliyor.” (Aile hekimi yerine SHM tercih sebepleri ile ilgili ek soru üzerine); “Coğrafi ulaşım, bazı konularda aile hekiminden hizmet alırken sıkıntı çekebiliyor, iletişimin zayıf olduğunu düşünüyor veya memnuniyeti düşük olabiliyor. Beklemek istemiyor olabilir. Özellikle bağışıklama için geliyorlar ve sordukları sorulara cevap alabiliyorlar. Hasta memnuniyetimiz yüksek.”

K3: “Bütün birimlerimiz aktif olarak hizmet sunuyor.” ... “Ciddi bir sorun yaşamıyoruz. En büyük problem başvuruların az olması, daha çok hasta kabul edebilecek kapasitemiz var ancak bu kapasiteyi kullanamıyoruz. Dolayısıyla baktığımız hasta sayısının istenen düzeyde olmadığını söyleyebilirim.”

K4: “Burada çok sayıda farklı hizmeti sunabiliyoruz. Hizmet sunumuyla ilgili çözülemeyecek sorunlarımız yok, genelde günlük yoğunluklarla ilgili sorunlar yaşayabilmekteyiz ancak arkadaşlarımız buna kendi çözümlerini üretebiliyor. Sorun oluşturabilen bir diğer husus ise gelenlerin <Gelmişken x birimine de görüneyim> şeklindeki yaklaşımları. Bu durum özellikle diyetisyenimizin yoğunluk yaşamasına sebep olabiliyor.”

Birinci basamak sağlık hizmetleri bir sağlık sistemi içerisinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yatarak tedavi gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve tedavisi büyük ölçüde yapılabilirken, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri de ağırlıklı olarak sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama, hamilelikte takip, yeni doğan takibi, kronik hastalık takibi gibi hizmetlerle beraber sağlık eğitimi hizmetleri de sunulmaktadır. Böylece hem bireylerin hem de toplum genelinin hastalandıktan sonra tedavi edilmelerinden ziyade hasta olmalarının engellenmesi yönünde hizmetler sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ayrıca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan yoğun talep problemlerinin çözülmesi, bu alanlara direkt başvuruların azaltılması gibi fonksiyonlar da üstlenmektedir (DSÖ, 2008).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri kişiye yönelik ve topluma yönelik olarak sunulmaktadır. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri ve aile hekimlerince, topluma yönelik sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezleri koordinatörlüğünde sunulmaktadır. Zira Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde aile hekimi; “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler...” olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2013). Bu tanımdan da görülebileceği üzere, aile sağlığı merkezlerinde görev alan aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini kişiye yönelik olarak verirken, Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği kapsamında tanımlanan toplum sağlığı merkezleri ise topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminde görev almaktadır (Resmi Gazete, 2015). Bu bağlamda SHM ise tanımında da ifade edildiği gibi hem aile sağlığı merkezi hem de toplum sağlığı merkezi faaliyetlerini destekleyecek bir birim olarak ön plana çıkmaktadır ve hem bireye hem de topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif rol oynamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü ve özellikle sağlığa erişimdeki eşitsizlikleri ortadan kaldırdığı (Başer vd., 2015) göz önünde bulundurulduğunda büyük bir önem arz ettiği açıkça görülmektedir. Bu anlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir işlevi olan sağlıklı hayat merkezlerine başvuru, yönetim, hizmet sunumu; bu alanlarda yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri irdelenmiştir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili bir uygulama, teorik olarak gerekli ve işe yarar görülse dahi, ancak hizmetten memnuniyet ölçüsünde başarılı olabilmektedir. Bu çerçevede ulusal ve uluslararası literatürde birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyete ilişkin çok sayıda çalışma yer

almaktadır. Kırac vd., (2021) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcıların genel memnuniyetleri ortalamanın üzerinde olsa da, fiziki donanım ve iletişim boyutlarında ortalamanın altında kalmaktadır. Benzer şekilde hem ulusal hem de uluslararası literatürde fiziksel donanımın ve iletişimin memnuniyet üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Söyleyici, 2010; Aycan vd., 2012; Taheri, 2014).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi uzun yıllardır bilinmekte ve buna yönelik faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi uygulamalarının ortaya konulması birinci basamak sağlık hizmetlerini modern bir yapıya kavuşturmuştur. SHM uygulaması ise hem bireye hem de topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerini destekler nitelikte bir uygulama olarak ön plana çıkmaktadır. Benzer bir uygulama Norveç’te de gerçekleştirilmiştir. Norveç’te sağlık alanında gerçekleştirilen bir reform ile çok sayıda sağlık hizmetinin uzmanlaşmış alanlardan birinci basamağa transfer edilmesi sağlanmıştır. Bu çerçevede SHM de uygulamaya alınmıştır. Norveç’te bu merkezler sağlıklı yaşam tarzını geliştirmek, yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkları engellemek amacıyla kurulmuştur ve sağlığı geliştirme stratejisinin bir parçasını oluşturmaktadır (Grønning vd., 2015; Grønning vd., 2018). Dolayısıyla ulaşılabılır ve karşılaştırılabilir veri anlamında Norveç önemli bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. Norveç’te faydalı sağlık davranışlarının artırılması, uygun beslenme tarzının benimsenmesi, sigarayla mücadele gibi amaçlarla tüm belediyelerin yaklaşık yarısında birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde SHM kurulmuştur. 32 SHM içerisinde 524 yetişkin bireyin incelendiği bir araştırmada, SHM’de 3 aylık girişimler sonucunda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin artmış olduğu tespit edilmiştir (Blom vd., 2020).

Norveç’te belediyeler sağlığı geliştirme ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili çalışmalarını organize etme konusunda özgür bırakılmıştır. Sağlıklı Hayat Merkezleri de bu anlamda oluşturulabilen yapılar olarak ifade edilmektedir. Belediyelerin bu merkezleri oluşturmaları yasal olarak zorunlu değildir ancak merkezi sağlık otoritesi SHM oluşturulmasını tavsiye etmektedir. Dolayısıyla Norveç örneğinde SHM yönetimi belediyelere bağlıken, ülkemizde SHM’leri yönetsel anlamda TSM ve İSM ile koordinasyon içerisinde faaliyet göstermektedir. Bu anlamda elde edilen sonuçlar, uluslararası uygulamalardan farklılaşmaktadır. Norveç’te belediyelerin yüzde altmışında SHM bulunmaktadır ve nüfusun yüzde seksenini kapsamaktadır (Thonstad vd., 2020). Bu oran araştırmanın yapıldığı dönemde ülkemizde nüfusa göre kapsayıcılığın üzerinde yer almaktadır.

Thonstad vd., (2020) tarafından hazırlanan bir rapora göre Norveç’te SHM başvuruları çoğunlukla aile hekiminin sevk etmesi ile gerçekleşmektedir. Ülkemizde ise hem aile hekiminin yönlendirmesiyle hem de bireysel olarak başvuru yapılabilmektedir. Norveç’te SHM başvurularında en çok reçetelenen öneriler sağlıklı yaşam davranışları olarak ön plana çıkmaktadır. Özellikle fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme önerileri arasında başı çekmektedir. Ülkemizde de benzer önerilerin yanı sıra birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetleri de yoğun olarak sürdürülmektedir. Norveç’te farklı bölgelerde sunulan hizmet türleri farklılaşabilmektedir. Türkiye’de ise SHM hizmet türleri açısından büyük oranda bir standartlaşma yer almaktadır. Norveç’te SHM bulunmayan bölgelerde çoğunlukla alternatif merkezlerde benzer birinci basamak sağlık hizmetleri sunulabilmektedir. Ülkemizde de benzer şekilde SHM erişiminin zayıf olduğu bölgelerde ASM

çerçevesinde sunulan birinci basamak koruyucu, teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanılması mümkündür.

Sri Lanka’da SHM yapılanmasında yer alan merkezler; 35-65 yaş arası hedef nüfus için sağlık rehberliği, tarama, temel tedavi, sevk ve takip sağlamak için temel olanaklara sahiptir (Provincial Director of Health Services, 2021). Ancak burada hedef kitle daha sınırlıdır ve gönüllülere de yer verilmektedir. Dolayısıyla Türkiye’deki SHM yapılanmasından farklılaştığı görülmektedir.

Ünüvar ve Acar (2020) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada SHM başvurusu yapan hastaların tercih sebepleri araştırılmıştır. Buna göre SHM tercihinde coğrafi yakınlık, her türlü hizmet ve uzmanın bulunması, merkezin tavsiye edilmesi, sağlık personeli ve kurumun tanınırlığı, etkili iletişim sağlanması, tesisin fiziksel koşulları ve temizliği, hizmetin maliyeti, bekleme süresinin kısa olması ve kullanılan teknoloji gibi faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Bir başka çalışmada ise SHM’nin sağlığı geliştirmede önemli bir rol oynadığı ifade edilmiştir. Ancak başvuru sayısının ve bilinirliğin düşük olduğu ve artırılması gerektiği ifade edilmektedir. Bu kapsamda SHM’de sunulan hizmetlerle ilgili her basamak sağlık hizmeti sunucularının bilgilendirilmesi öneri olarak sunulmuştur (Ören vd., 2019). Benzer bir sonuç mevcut araştırma neticesinde de elde edilmiş ve bazı merkezlerde bilinirliğin düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bilinirliğin ve başvuruların istenilen düzeye getirilmesi için çalışmalara ihtiyaç olduğu ifade edilebilir.

Sağlıklı hayat merkezlerinin yönetim, hizmet sunumu ve başvuru süreçlerine ilişkin ifadeler incelendiğinde genel olarak bazı birimlerin yoğun olarak faaliyet gösterdiği, bazı birimlerin ise iş yoğunluğunun daha az olduğu görülmektedir. Başvuruların hem doğrudan başvuru hem de resmi olmayan sözel yönlendirme ile gerçekleştirilebildiği tespit edilmiştir. Burada yoğun birimlerde yığılma olmaması adına birimlerin kendi içlerinde bir randevu ve kayıt sistemi oluşturdukları tespit edilmiştir. SHM birimlerinin yönetiminde TSM veya İSM’ne bağlı bir sorumlu hekimin yer aldığı görülmekte, birimler yönetim süreçlerinde ihtiyaç duyduklarında bir takım çözümler geliştirebilmektedirler. Burada bir SHM tarafından hastaların ihtiyaç duyduğu bütün hizmetleri alabilmesi için bir vaka koordinatörü belirlediği görülmektedir. Bununla beraber sağlık kayıtlarının da çoğunlukla birimde görevli personel tarafından tutulduğu ifade edilmiştir. Hizmet ve yönetim süreçlerinin tamamında güçlü bir bilişim altyapısına duyulan ihtiyaç ön plandadır.

Katılımcıların sorun olarak değindikleri noktalar incelendiğinde en sık görülen problem alanlarının bazı birimlerde aşırı iş yükü varken bazı birimlerin çok az hasta bakması, merkezi bir randevu sisteminin olmaması, aile hekimlerinden resmi bir sevk mekanizmasının çalıştırılmaması, sağlık kayıtlarının girilebileceği merkezi bir sisteme bağlı otomasyonun olmaması, ayrıntılı sağlık istatistiklerinin tutulmaması, fiziki altyapı ve kapasiteye ilişkin problemler ve coğrafi ulaşılabilirlik ile ilgili problemler olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak henüz yeni bir uygulama olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında birçok alanda aktif olarak hizmet sunan SHM’ler geniş bir kitleye hizmet sunmakta, birinci basamaktaki teşhis ve tedavi süreçlerine ek olarak sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli roller üstlenmektedir. Genel anlamda bir takım eksikliklere rağmen özellikle beslenme danışmanlığı, fizik tedavi ve psikolojik danışmanlık alanlarında yoğun

bir hizmet sunulmaktadır. Bununla beraber KETEM ve sigara bırakırma hizmetleri öne çıkan hizmetlerdendir. Yaşanan en büyük problemlerin bilişim alt yapısı ile ilgili olduğu belirlenmiştir.

SHM'lerinde yaşanan problemlere ve hizmet sürecinin daha sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesine yönelik bir takım öneriler getirilmiştir. Bu öneriler aşağıdaki gibidir;

• Merkezlerde sunulması planlanan ama henüz aktif hale getirilmemiş sağlık hizmetlerinin aktif hale getirilmesi gerekmektedir.

• Yoğunluk yaşanan bölgelerde bina ve insan kaynağı kapasitesinin artırılması gerekmektedir.

• Eksik kapasite ile çalışan merkezlerin bulunduğu bölgelerde tanıtım faaliyetlerinin yapılması sağlanmalıdır.

• Mevcut binaların daha verimli kullanılabilmesi için altyapı çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

• Merkezi randevu sistemine entegre bir modül ile online bir randevu sistemi oluşturulmalıdır.

• Sağlık çalışanlarının hastalara ve sundukları hizmetlere yönelik veri girişinin yapılabileceği, randevu sistemi ile entegre bir modül oluşturulmalıdır. Bu modül aracılığı ile hem sağlık müdürlükleri daha kıymetli sağlık istatistiklerine erişebilecek hem de e-Nabız uygulamasına veri aktarımı sağlanarak hastaların kişisel sağlık kayıtlarında yapılan uygulamaların yer alması sağlanabilecektir.

• Merkezi randevu sistemine entegre bir sevk modülü eklenmeli ve aile hekimleri çeşitli tanılar veya öneriler ile doğrudan ilgili SHM'deki ilgili birimden sevk aracılığı ile randevu alabilmelidir. Böylece hastaya yönelik daha bütüncül bir tedavi veya rehabilitasyon sürecinin yürütülmesi mümkün olacaktır.

Kısıtlılıklar

Araştırma coğrafi olarak Mersin ili ile sınırlıdır. Araştırmanın çalışma evreni, araştırmanın gerçekleştiği ilde yer alan dört adet sağlıklı hayat merkezinde çalışan sağlık personelleri ile sınırlıdır. Araştırma örnekleme, gönüllülük esaslı katılım, coğrafi engeller, zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle her merkezden bir çalışan ile sınırlıdır. Gelecekte gerçekleştirilecek araştırmalarda bu kısıtlılıkların etkisinin azaltılması amacıyla daha geniş örneklem gruplarının kullanılması, nitel yöntemin yanı sıra nicel ve karma yöntemlerin kullanılması önerilir. Bu araştırma SHM uygulamasını yönetim, hizmet sunumu, başvuru ve bilinirlik çerçevesinde ele alan ilk araştırma olma özelliği göstermektedir. Bu nedenle gelecek araştırmalar için bir referans noktası oluşturmaktadır. Burada elde edilen bulguların gelecek araştırmalarda ele alınması ve irdelenmesi, konuya farklı açılardan yaklaşılması veya aynı konu kapsamının farklı yöntemlerle ele alınması, SHM uygulamasının daha geniş bir çerçevede değerlendirilmesini mümkün hale getirebilecektir.

KAYNAKÇA

Akdağ, R., (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), [elektronik sürüm], Ankara: Sağlık Bakanlığı

- Aycan, S., Özkan, S., Avcı, E., Özdemirkan, T., Çivil, E. F., (2012), “Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran On Sekiz Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Memnuniyet Değerlendirmesi”, *Toplum ve Hekim*, 27,6, s.449-455
- Başer, D.A., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ., Özkara, A., (2015), “Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak”, *Ankara Medical Journal*, 15, 1, s. 26-31
- Başol, E., (2015), “Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri”, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4,8, s.128-140
- Berg, B.L., Lune, H., (2015), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Konya: Eğitim Kitabevi
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., Oldervoll, L. M., (2020), “Health-related Quality of Life and Physical Activity Level After a Behavior Change Program at Norwegian Healthy Life Centers: A 15-month Follow-up”, *Quality of Life Research*, 29,11, s.3031-3041
- Brodsky, D., Ouellette, M.A., (2008). *Primary Care of the Premature Infant*, Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Çavmak, Ş., (2018). *Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlıklı Hayat Merkezlerine Dair Algılarının ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne
- Demir, L., Demir, K., (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara: Matsa Yayıncılık
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2008), *The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)* [Elektronik Sürüm], Ceneva: WHO Library Cataloguing
- Eddy, A., (2019), “Midwifery as Primary Healthcare”, Sally, P vd., içinde *Midwifery: Preparation for Practice*, Chatswood: Elsevier
- Grønning, K., Nøst, T. H., Bratås, O., (2015, September), “Health promotion for people with chronic pain at a Norwegian Healthy Life Center”, In 29th conference of the EHPS: principles of behaviour change in health and illness, Limassol, Cyprus (pp. 1-5)
- Grønning, K., Nøst, T. H., Rannestad, T., Bratås, O., (2018), “Participants and Developers Experiences with a Chronic Pain Self-Management Intervention Under Development: A Qualitative Study”, *SAGE open medicine*, 6, 2050312118817427
- Hjelm, J., (2010), *The Dimensions of Health: Conceptual Models*, LLC: Jones & Bartlett Learning <https://shm.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 11.12.2019.
<https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>
<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Kıraç, F. Ç., Uyar, S., Kıraç, R., Söyler, S., (2021), “Patient Satisfaction with Family Medicine System: A Cross-Sectional Study”, *Konuralp Medical Journal*, 13,2, s.281-291
- Kronenfeld, J.J., (2002), *Health Care Policy: Issues and Trends*, London: Praeger
- Malik, S., (2006), “GPs With Special Interest”, *BMJ*, 332gp133, <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7545.sgp133-a>
- McWhinney, I.R., (2003), “The Essence of General Practice”, Lakhani, M., içinde: *A Celebration of General Practice*. Oxon: Radcliffe Medical Press
- Özçelik Adak, N., (2015), *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Antalya: Siyasal Kitabevi

- Provincial Director of Health Services (2021). Healthy Life Centers. <http://healthdept.wp.gov.lk/web/healthy-life-centers/>, Erişim tarihi: 04.08.2021.
- Resmi Gazete (2013), Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete, 28539, 25.01.2013
- Resmi Gazete (2015), Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Resmi Gazete, 29258, 05.02.2015
- Sartorius, N., (2006), “The Meanings of Health and Its Promotion”, *Croat Med J*, 47,4, s. 662–664
- Schultz R., Johnson A.C., (2003). *Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance*, 3rd ed. Washington: Beard Books
- Söyler, S., Çavmak, D., (2019), “Sağlıkta Bölgesel Eşitsizlikler: Türkiye Açısından Bir Değerlendirme”, Hüseyin, E. ve Feray, B., der., içinde *Sağlık Bilimlerinde Yeni Gelişmeler*, Ankara: IKSAD Publishing House
- Stoeckle, J.D., (2009), “The Practice of Primary Care”, Goroll, A.H, Mulley, A.G., içinde: *Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient*, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Taheri, M., Mohammadi, M., Amani, A., Zahiri, R., Mohammadbeigi, A., (2014), “Family Physician Program in Iran, Patients Satisfaction in a Multi Center Study”, *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 17,2, s.227-233
- Thonstad, M., Ekornrud, T., Stølan, S. B. C., (2020), “Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019”, *Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom. Statistisk sentralbyrå 2020/54*.
- Ünüvar, B., Acar, F., (2020), “Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Hastaların Tercih Sebeplerinin Araştırılması: Karaman Örneği”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6,2, s.317-327
- White, L., Duncan, G., Baumle, W., (2011), *Foundations of Basic Nursing*, 4th ed. New York: Cengage Learning