

Hıdır Sarı¹

DOI: 10.17942/sted.1711498

Geliş/Received: 03.06.2025

Kabul/Accepted: 10.07.2025

Özet

Kentlerde bireylerin sağlık hizmetlerine en yakın ve ilk başvuru noktası olan temel sağlık hizmetlerinin (TSH) etkinliği, artan nüfus yoğunluğu ve kentleşme süreçleriyle daha da önem kazanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, halk sağlığı açısından temel bir yapı taşıdır; toplumsal sağlığı iyileştirme, hastalıkların erken teşhisi ve önlenmesi, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve sağlık sisteminin verimliliğinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, düşük ve orta gelirli ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının, 60 milyon hayatı kurtarabileceği ve yaşam beklentisini 2030'a kadar 3,7 yıl artırabileceğini tahmin etmektedir. TSH, gereksiz hastane yatışlarını azaltarak sağlık sisteminin maliyetlerini düşürmekte; ayrıca, bakım koordinasyonunu da iyileştirerek genel sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir. Birleşmiş Milletler verilerine göre, dünya nüfusunun yarısından fazlasının kentsel alanlarda yaşadığı, bu oranın 2050 yılına kadar üçte ikiyi aşacağı tahmin edilmektedir. Bu hızlı kentleşme, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve sağlık sisteminin bu talebi karşılayacak biçimde yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Demografik geçiş sürecinde, özellikle yaşlı nüfusun artışı, kentlerde temel sağlık hizmetleri üzerinde ek bir yük oluşturmaktadır. 2022 yılında dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı % 10 iken, bu oranın 2050 yılında % 16'ya çıkması beklenmektedir. Yaşlanan nüfus, özellikle kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Ayrıca, epidemiyolojik dönüşüm, bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara doğru bir geçiş ifade ederken, bu da sağlık hizmetlerinin önceliklerinin yeniden belirlenmesini gerektirmektedir. Bu derleme; kentsel alanlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda göz önüne alınması gereken zorluklar ve çözüm önerileri üzerinde durmaktadır.

Anahtar Sözcükler: kentleşme; temel sağlık hizmeti; demografik yaşlanma; sağlık durumu eşitsizlikleri

Summary

The effectiveness of primary health care (PHC), the closest and first point of access to health services for individuals in urban areas, has become increasingly critical due to rising population density and urbanization processes. As a cornerstone of public health, PHC plays a vital role in improving community health, early disease detection and prevention, reducing health inequalities, and enhancing the efficiency of healthcare systems. The World Health Organization estimates that expanding PHC in low- and middle-income countries could save 60 million lives and increase life expectancy by 3.7 years by 2030. PHC reduces unnecessary hospital admissions, lowering healthcare costs while improving care coordination and overall health outcomes. According to United Nations data, more than half of the world's population currently resides in urban areas, and this proportion is expected to exceed two-thirds by 2050. Rapid urbanization increases the demand for healthcare services, necessitating the restructuring of healthcare systems to meet this growing need. In the context of demographic transition, the rising elderly population imposes an additional burden on urban PHC services. In 2022, individuals aged 65 and over accounted for 10% of the global population, projected to rise to 16% by 2050. An aging population particularly increases the demand for chronic disease management and long-term care services. Moreover, epidemiological transition signifies a shift from infectious diseases to non-communicable chronic diseases, requiring a reassessment of healthcare priorities. This review focuses on the challenges and potential solutions in the provision of primary health care services in urban areas.

Keywords: urbanization; primary health care; demographic aging; health status disparities

¹ Doç. Dr., Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-7466-6628)

Giriş

Uluslararası Sağlık Konferansı, 19 Haziran-22 Temmuz 1946 tarihleri arasında New York'ta düzenlenmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 61 ülkenin temsilcisi tarafından 22 Temmuz 1946'da imzalanarak kabul edilmiştir. 7 Nisan 1948'de yürürlüğe giren bu anayasada, sağlık "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu" olarak tanımlanmıştır (1).

DSÖ, 1970'lerin başında dünya genelinde sağlık düzeyinin düşük olduğunu ve ülkeler arasında eşitsizlikler bulunduğunu belirlemiştir. Bu sorunları çözmek amacıyla DSÖ, 1977'de "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefini belirlemiş ve 1978'de Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı düzenlemiştir. Konferans sonunda yayımlanan Alma-Ata Bildirisi'nde TSH, "Bir toplumdaki bireylerin ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımı ile ülke ve toplumlarca karşılanabilir bir harcama karşılığında götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin; insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur" olarak tanımlanmıştır. Türkiye de bu bildiriye kabul ederek, TSH ilkelerini uygulayacağını taahhüt etmiştir (2). Temel hizmetler, harcanan para karşılığında (ulusal düzeyde) sağlık durumunda maksimum kazanç sağlayan sağlık hizmetlerdir. Diğer bir deyişle temel hizmetler, sağlanmadıkları takdirde genel nüfusun sağlık durumu üzerinde en olumsuz etkiye yol açacak hizmetlerdir (3).

TSH kavramının 1978'den günümüze defalarca yeniden yorumlanması kafa karışıklığına yol açmıştır. DSÖ ve UNICEF gelecekteki TSH çabalarını küresel, ulusal ve yerel düzeylerde koordine etmek ve rehberlik etmek için açık ve basit olan "TSH, insanların ihtiyaçlarına odaklanarak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinden, hastalıkların önlenmesinden tedaviye, rehabilitasyona ve palyatif bakıma kadar devam eden süreç boyunca mümkün

olduğunca erken ve insanların günlük ortamlarına yakın bir noktada mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık ve refahı ve bunların adil dağılımını sağlamayı hedefleyen toplumun tümüne yönelik bir sağlık yaklaşımıdır" tanımını geliştirmiştir (4).

Birleşik Krallık Hükümeti'nin bağımsız danışmanı statüsündeki Sürdürülebilir Kalkınma Komisyonu (SDC: The Sustainable Development Commission) web sitesinde, "Sürdürülebilir kalkınma, gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden ödün vermeden, bugünün ihtiyaçlarını karşılayan kalkınmadır" tanımı yer almaktadır (5). Birleşmiş Milletler (BM) tarafından yoksulluğu sona erdirmek, gezegeni korumak ve 2030 yılına kadar barış ve refah sağlamak amacıyla 2015 yılında Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SDGs: Sustainable Development Goals) kabul edilmiştir. Belirlenen 17 hedef (Tablo 1), kalkınmanın sosyal, ekonomik ve çevresel sürdürülebilirliği dengelemesi gerektiğini ve bir alandaki eylemin diğer alanları etkileyeceğini kabul etmektedir (6). DSÖ, dünya genelinde 1 milyardan fazla insanın hane bütçesinin %10'u

Tablo 1. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (6)

Hedef
1. Yoksulluğa son
2. Açlığa son
3. Sağlık ve kaliteli yaşam
4. Nitelikli eğitim
5. Toplumsal cinsiyet eşitliği
6. Temiz su ve sanitasyon
7. Erişilebilir ve temiz enerji
8. İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme
9. Sanayi, yenilikçilik ve altyapı
10. Eşitsizliklerin azaltılması
11. Sürdürülebilir şehirler ve topluluklar
12. Sorumlu üretim ve tüketim
13. İklim eylemi
14. Sudaki yaşam
15. Karasal yaşam
16. Barış, adalet ve güçlü kurumlar
17. Amaçlar için ortaklıklar

veya daha fazlasının cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşma riski altında olduğunu belirtmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının, 60 milyon hayatı kurtarabileceği ve yaşam beklentisini 2030'a kadar 3,7 yıl artırabileceği tahmin edilmektedir. Evrensel sağlık sigortası ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri için temel müdahaleler, birinci basamak sağlık hizmetleri (primary health care) yaklaşımı ile elde edilebilir (4).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB); yaşam koşulları, sağlık bilgisi, davranışları, inançları, meslek ve gelir düzeyi gibi faktörleri içermektedir (7). DSÖ sağlığın sosyal belirleyicilerini, "sağlık sonuçlarını etkileyen tıbbi olmayan faktörler" olarak tanımlamaktadır. İnsanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşullar ile günlük yaşamın koşullarını şekillendiren daha geniş güçler ve sistemlerdir. Ekonomik politikalar, sosyal normlar ve siyasi sistemler gibi güçler SSB'yi şekillendirmektedir. SSB, sağlık eşitsizliklerinde (sağlık durumlarındaki adil olmayan, haksız ve önlenabilir farklılıklar) önemli bir rol oynamaktadır. Her gelir seviyesindeki ülkelerde, sağlık ve hastalık sosyal bir gradyanı takip etmektedir (8). Sağlıkta sosyal gradyan, birey veya toplumların sosyoekonomik durumları iyileştikçe sağlıklarının daha iyi duruma geldiğini belirten bir kavram olarak tanımlanmaktadır (9).

Araştırmalar, SSB'nin sağlık bakımı veya yaşam tarzı tercihlerinden daha önemli olabileceğini, sağlık sonuçlarının %30-55'inden sorumlu olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sağlık sektörü dışındaki sektörlerin toplum sağlığı sonuçlarına katkısının, sağlık sektöründen gelen katkıyı aştığını gösteren tahminler vardır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin uygun şekilde ele alınması, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıkta uzun süredir var olan eşitsizliklerin azaltılması için temel öneme sahiptir ve bu da tüm sektörlerin ve sivil toplumun harekete geçmesini gerektirir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler toplumsal olarak belirlenmekte ve daha yoksul kesimlerin toplum içinde yükselmesini ve potansiyellerinden en iyi şekilde yararlanmasını engellemektedir. Sağlıkta

eşitliğin sağlanması, tüm insanlar için mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşmaya çalışmak ve sosyal koşullara bağlı olarak sağlık açısından en fazla risk altında olanların ihtiyaçlarına özel ilgi göstermek anlamına gelmektedir (8).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde "Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir" şeklinde tanımlanmıştır. İlk Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı 1986'da Ottawa'da gerçekleşmiş ve "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşmak için uluslararası kuruluşlar, ulusal hükümetler ve yerel toplumlar arasında eylemleri başlatmıştır (10).

DSÖ, sağlığın geliştirilmesi için üç ana öneri üzerinde durmaktadır. İlki, sağlıkta iyi yönetim (good governance for health); tüm devlet dairelerindeki politika yapıcılarının sağlığı karar alma süreçlerinin merkezine koymaları, insanların hastalanmasını önleyen ve sağlığını koruyan politikalara öncelik vermeleri gerekliliğini vurgular. Örneğin, alkol, tütün ve tuz, şeker ve yağ oranı yüksek gıda ürünleri gibi sağlıksız veya zararlı ürünlere yönelik vergi politikalarının diğer ticaret politikalarıyla uyumlu hale getirilmesi ve sağlıklı kentleşmeyi destekleyen yasalar (yürünebilir şehirler yaratmak, hava ve su kirliliğini azaltmak, emniyet kemeri ve kask takmayı zorunlu kılmak) bu çerçevede önem taşır. İkincisi, sağlık okuryazarlığı (health literacy); insanların sağlıklı seçimler (örneğin yedikleri yiyecekler ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri hakkında) yapabilmeleri için bilgi, beceri kazanmalarını ve fırsatlara sahip olmalarını, politika oluşturma süreçlerine katılmayı talep edebilecekleri bir ortamın sağlanacağından emin olmalarını sağlar. Üçüncüsü, sağlıklı şehirler (healthy cities); belediye düzeyinde güçlü liderlik ve kararlılık, sağlıklı kent planlaması, topluluklarda ve birinci basamak sağlık tesislerinde önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi aracılığıyla sağlıklı yaşam koşullarının oluşturulmasını amaçlar. Sağlıklı şehirlerden, sağlıklı ülkeler ve sonuçta daha sağlıklı bir dünya için temel adımlardır (11).

Kent, Kentleşme ve Sağlıklı Kentler

Kentleşmenin bir olgu olarak başlangıç evresi toplumların "avcılık ve çobanlık" döneminden

“yerleşik hayata” geçmeye başlamasına kadar uzanmakta, böylelikle kentler uygarlıkların doğuşunu simgelemektedir denilebilir. Kentleşme bir nüfus yoğunlaşma sürecidir. Daha az yoğun bir yerden, daha çok yoğun bir yere göçü ifade eder (12). Kentleşme sadece bir nüfus hareketi olmayıp; sosyal, kültürel ve yaşamsal özellikler taşımaktadır (13).

Dünya genelinde 4 milyardan fazla insan kentsel alanlarda yaşamaktadır ve bu, nüfusun yarısından fazlasının kentlerde yaşadığı anlamına gelmektedir. BM tahminlerine göre, 1960’ta kırsal kesim nüfusun %60’ından fazlasını oluşturuyordu. 2007’de kentsel ve kırsal nüfus eşitlendi. Bu tarihten itibaren kentsel alanlarda yaşayanların oranı artarak toplam nüfusun %50’sini geçmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde (Batı Avrupa, Amerika, Avustralya, Japonya ve Orta Doğu ülkelerin çoğunda) nüfusun %80’den fazlası kentsel alanlarda yaşamaktadır. Üst-orta gelirli ülkelerde (Doğu Avrupa, Doğu Asya, Kuzey ve Güney Afrika ile Güney Amerika ülkelerin çoğunda) ise bu oran %50 ile %80 arasındadır. Düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde ise çoğunluk hala kırsal alanlarda yaşamaktadır. BM, 2050 yılına kadar dünyanın üçte ikisinden fazlasının (her 7 kişiden 1’inin) kentsel alanlarda (kırsal alanlardan iki kat daha fazla insanın) yaşayacağını öngörmektedir. Şehirleri, kentleşme oranlarını, nüfus dağılımını ve yoğunluğunu anlamak önemlidir. Konut, ulaşım, sağlık, eğitim ve istihdam fırsatlarının tahsisi ve dağılımı, insanların nerede yaşadığına bağlı olmalıdır. Belirli bir ülkedeki nüfus dağılımını anlamak, ihtiyaç duyulan kaynakların ve hizmetlerin uygun yerlerde bulunmasını sağlamak için gereklidir (14).

Sağlıklı Şehirler (kentler), dünya çapında dinamik bir harekettir (15). DSÖ Sağlıklı Şehirler yaklaşımı, sağlığı kentlerin siyasi ve sosyal gündeminde üst sıralara taşımayı ve yerelde halk sağlığı için güçlü bir hareket oluşturmayı hedeflemektedir. Bu yaklaşım, sağlığın belirleyicilerini ve kamu, özel, gönüllü ve toplum sektörü kuruluşları arasında iş birliği yapma gerekliliğini kabul etmektedir (16). Yerel, kentsel düzeyde harekete geçmenin ve yerel yönetimlerin önemli rolünün farkında olarak oluşturulmuş ve kamu sağlığının önde gelen bir alanında gelişim göstermektedir (15).

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, 2018 yılında 30. yılına girmiş, yaklaşık 100 öncü şehir ve 30 ulusal ağ ile birlikte 1.400 belediyeyi kapsamaktadır. Sağlıklı Şehirler ağı, yaklaşık 5 yıllık dönemlerde (fazlar) organize edilen faaliyetlerle ve farklı öncelikler belirlenerek işlemektedir. Şehirler ağı katıldığında, sağlığı sosyal ve politik gündemlerinde öne çıkardıklarını gösteren materyaller, veriler ve hikayeler sunmayı taahhüt etmeleri gerekmektedir (16). Sağlıklı Şehirler’in hedefleri zaman içinde evrim geçirmiş ve 21.yüzyıl bağlamında genişletilerek eylem alanları tanımlanmıştır (Tablo 2). Bu eylem alanları, Sağlıklı Şehirler’in etkisini artırmak için geleneksel sağlık girişimlerinden ve uygulamalardan uzaklaşarak geniş bir perspektif sunmaktadır (15).

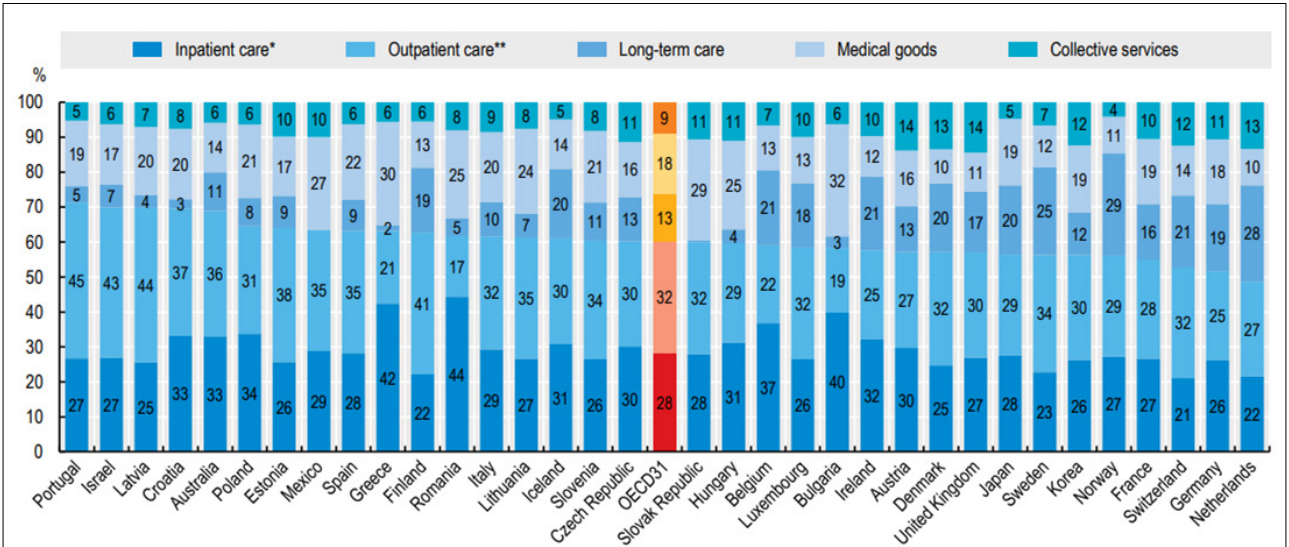
DSÖ’ne göre sağlıklı bir şehir, “bir sonuç değil, bir süreç” olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı bilinçli olarak önemseyen ve sürekli iyileştirmeye çalışan şehirlerdir. Sağlıklı bir şehir için gereklilikler, sağlığa olan taahhüt ve buna yönelik süreç ile yapıları içermektedir (17).

Kentleşme ve Sağlık Harcaması

Sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılan harcamalara “sağlık harcamaları” denilmektedir. Sağlık harcamalarının kapsamına yalnızca hastalık halinde karşılaşılan ve sağlığı yeniden elde edebilmek için yapılan harcamalar değil, ayrıca toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yapılan faaliyetler de (aşılama, erken teşhis taramaları, cinsel sağlık, anne-çocuk sağlığı, aile hekimliği uygulamaları vb.) girmektedir (12). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD; The Organisation for Economic Co-operation and Development)’ne göre sağlık harcamaları, yatırım harcamalarını içermeyen sağlık hizmetlerinin nihai tüketimini ölçmektedir. Sağlık hizmetleri, devlet harcamaları ve zorunlu sağlık sigortası (“Devlet/zorunlu”) ile gönüllü sağlık sigortası ve hane halkının cepten yaptığı ödemeler, Sivil Toplum Kuruluşları ve özel şirketler gibi özel fonlar (“Gönüllü”) ile finanse edilmektedir (18). Tüm OECD ülkelerinde, tedavi edici ve rehabilite edici bakım hizmetleri sağlık harcamalarının büyük kısmını oluşturmaktadır. 2021 yılında tüm sağlık harcamalarının %60’ı tedavi hizmetleri (%28’i yatarak ve %32’si ayakta) aracılığıyla sağlanmaktadır (Grafik 1) (19).

Tablo 2. Sağlıklı Şehirlerin 21. yüzyıl bağlamında ana hedeflerine göre eylem alanları (15)

Eylem Alanları	Açıklama
1. Sağlık ve eşitlik	Sosyal sağlık belirleyicilerini etkileyen tüm yerel politikalarda sağlık ve eşitliği teşvik etmek, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyum sağlamak
2. Sağlığı destekleyen çevreler	Sağlık, iyilik hali, sağlıklı seçimler ve yaşam tarzlarını destekleyen ortamların yaratılması
3. Evrensel sağlık kapsamı ve sosyal hizmetler	Tüm vatandaşların ihtiyaçlarına duyarlı ve erişilebilir evrensel sağlık kapsamı ve sosyal hizmetler sunulması.
4. Sağlık teşviki ve sağlık okuryazarlığına yatırım	Sağlık teşviki ve sağlık okuryazarlığına yatırım yapılması
5. Çocuklara sağlıklı başlangıç ve dezavantajlı gruplara destek	Çocuklara sağlıklı bir başlangıç yapılması ve göçmenler, işsizler ve yoksul gruplara destek sağlanması
6. Hastalık önleme programlarının güçlendirilmesi	Özellikle obezite, sigara içme, sağlıksız beslenme ve aktif yaşam üzerine odaklanan hastalık önleme programlarının güçlendirilmesi
7. Sağlıklı kent planlaması ve tasarımı teşvik etmek	Sağlıklı kent planlaması ve tasarımı teşvik etmek
8. Yeşil politikalara yatırım	Temiz hava ve su, çocuk ve yaşlı dostu kent ortamları için yeşil politikalara yatırım yapılması; sera gazı emisyonlarının azaltılması ve iklim değişikliğiyle başa çıkma yollarının belirlenmesi
9. Topluluk güçlendirme, katılım ve dayanıklılığı desteklemek	Topluluk güçlendirme, katılım ve dayanıklılığı desteklemek; sosyal bütünleşme, barış, dahil olma ve topluluk temelli girişimleri teşvik etmek
10. Kentin kamu sağlık hizmetlerini güçlendirmek	Kentin kamu sağlık hizmetlerini ve acil durum müdahale kapasitesini güçlendirmek

**Grafik 1.** Hizmet Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2021 Yılı (veya en yakın yıl) (19)

Not: Ülkeler, cari sağlık harcamalarının payı olarak tedavi edici-rehabilitatif bakım temelinde sıralanmıştır. *Yatarak ve gündüz bakımındaki tedavi edici-rehabilitatif bakımı ifade eder. ** Evde bakım ve yardımcı hizmetleri (ayakta bakım) içerir. Long-term care: Uzun süreli bakım; Medical goods: Tıbbi ürünler; Collective services: Toplu hizmetler.

Etkili birincil sağlık hizmetleri, verimli, insan odaklı ve adil bir sağlık sisteminin temel taşıdır. Birinci sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gereksiz hastane yatışlarını ve hastaneler ile sağlık sisteminin diğer bölümlerindeki maliyetleri sınırlayarak bakım koordinasyonunu ve sağlık sonuçlarını iyileştirmenin ve israfı azaltmanın etkili bir yolu olarak tanımlanmıştır. OECD ülkeleri genelinde 2021 yılında birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarının ortalama %13'ünü oluşturmuştur (20).

Türkiye üzerine yapılan bir ekonometrik çalışma, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ile kentleşme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1980-2017 dönemine ait verilerin kullanıldığı bu araştırmada, kişi başına düşen sağlık harcamaları ile kentleşme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, kentleşme sağlık harcamalarını, sağlık harcamaları da kentleşmeyi aynı yönde etkilemektedir. Bu durum, artan kentleşmenin sağlık harcamalarını artıracaklarını göstermektedir. Dolayısıyla, büyüyen kentlerin sürdürülebilir bir yapıya kavuşabilmesi için, beklenen nüfus artışı ve bunun getireceği sorunlar ile taleplerin önceden öngörülerek gerekli planlamaların yapılması önemli bir konudur (12).

Sağlık Hizmetleri Planlamasında Demografik ve Epidemiyolojik Süreçlerin Kritik Rolü

BM tahminlerine göre, küresel nüfusun 2030'da 8,5 milyara, 2050'de 9,7 milyara ve 2100'de 10,4 milyara ulaşması beklenmektedir. Bu artış, azalan ölüm oranları ve doğumda beklenen yaşam süresinin artmasından kaynaklanmaktadır. 2019'da ortalama yaşam süresi 72,8 yıl iken, 2050'de 77,2 yıl olması öngörülmektedir. 1950'de kadın başına yaklaşık 5 olan doğurganlık oranı, 2021'de 2,3'e düşmüş ve 2050'de 2,1'e düşmesi beklenmektedir. Yüksek doğurganlığa sahip ülkelerde bile doğurganlık oranı hemen düşse dahi bu büyüme devam edecektir. Yüksek doğurganlık ve hızlı nüfus artışı, artan çocuk ve genç nüfusun eğitimi gibi sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmayı zorlaştırmaktadır. Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun payının 2022'de %10'dan 2050'de %16'ya çıkacağı tahmin edilmektedir. 2050'de 65 yaş üstü nüfusun, 5 yaş altı çocukların iki katından fazla ve 12 yaş altı çocukların sayısı yaklaşık aynı olması beklenmektedir. Yaşlanan nüfus,

düşük ölüm oranları ve artan yaşam sürelerinden kaynaklanırken, doğurganlık oranlarındaki sürekli düşüş de bu eğilimi desteklemektedir. Yaşlanan nüfusa sahip ülkeler, sosyal güvenlik ve emeklilik sistemlerini sürdürülebilir kılmak ve evrensel sağlık ile uzun süreli bakım sistemleri kurmak da dahil olmak üzere, kamu programlarını artan yaşlı nüfusa uyarlamak yönünde adımlar atması gerekecektir (21).

Tarım ve üretimdeki teknolojik ilerlemeler ile sağlık ve sanitasyonun gelişmesi sayesinde 1700'lerin sonlarından itibaren ölüm oranları azalmaya başlamıştır. Bu değişim, insanların daha uzun yaşamasını ve nüfusun hızla artmasını sağlamıştır. O zamana kadar her iki oran da yerel farklılıklara rağmen nispeten eşitti. Bu küresel ani değişimin gözlemlenmesi ve belgelenmesi Demografik Geçiş Modeli'ni (demografik dönüşüm modeli; the demographic transition model) ortaya çıkarmıştır. Bu model, ülkelerin nüfus artışını beş aşamadan (Tablo 3) birindeki konumlarına göre anlamayı sağlamakta ve ekonomik ile sosyal politikaların şekillendirilmesine yardımcı olmaktadır. Ancak göç gibi diğer demografik değişkenlerin etkisini dikkate almaması, bir ülkenin her aşamada ne kadar süre kalacağını tahmin etmemesi bu modelin önemli sınırlılığıdır (22,23).

Demografik geçiş, nüfus gruplarının farklı coğrafi ölçeklerde yüksek doğum (doğurganlık) ve ölüm (ölümlülük) oranlarından düşük oranlara geçişini ifade eder. Epidemiyolojik geçiş ise bulaşıcı hastalıkların (örneğin, ishal, zatürre ve tüberküloz) baskın olduğu kalıplardan; bulaşıcı olmayan kronik, dejeneratif hastalıkların (örneğin, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, zihinsel bozukluklar ve demanslar) giderek artan oranda hâkim olduğu bir döneme geçişini ifade eder. Demografik ve epidemiyolojik geçişin önemli bir sonucu, nüfus yaş yapısının "genç" bir yapıdan "yaşlı" bir yapıya değişimidir, bu aynı zamanda bir yaşlanma dönüşümünü ifade eder. Bu değişikliklere bağlı olarak, beslenme, hareketlilik, kentleşme, teknoloji, sosyal ve ekonomik gelişim gibi çeşitli diğer geçişler de neden ve sonuç etkileşimleriyle ilişkilidir. Tüm bu dönüşümler uluslararası, bölgesel ve yerel düzeylerde gözlemlenebilmektedir. Fakat her yerde aynı hızda olmayabilir ve bazen de tersine ya da karma geçişler de görülebilir (24).

Tablo 3. Demografik Geçiş (Dönüşüm) Modeli aşamaları (22)

Aşama	Doğum Oranları	Ölüm Oranları	Nüfus Artışı	Özellikler	Örnek Ülkeler
1.Aşama	Yüksek	Yüksek	Sabit (Büyük dalgalanmalar olabilir)	Savaşlar veya pandemilerle nüfusta büyük dalgalanmalar olabilir	Sanayi Devrimi öncesi dünya
2.Aşama	Yüksek	Azalmakta	Hızlı artış	Modern tıbbın kullanılmaya başlanması (özellikle çocuk ölüm oranlarını düşürürken, doğum oranları yüksek kalır)	En az gelişmiş ülkeler
3.Aşama	Azalmakta	Düşük	Yavaşlayan artış	Ekonomik koşulların iyileşmesi, kadınların statüsünde artış, doğum kontrol yöntemlerine erişimde artış nedeniyle doğum oranlarında kademeli düşme	Gelişmekte olan ülkeler
4.Aşama	Düşük	Düşük	Dengelenmiş	Güçlü ekonomi, yüksek eğitim seviyesi, iyi sağlık hizmetleri, yüksek oranda çalışan kadın, kadın başına yaklaşık iki çocuk	Gelişmiş ülkeler
5.Aşama	Çok düşük	Düşük	Azalma olasılığı	Doğurganlık oranının ikame seviyesinin (2 çocuk) altında, yaşlı nüfusun genç nüfustan daha fazla olması	Henüz herhangi bir ülke yok, gelecekte olabilir

Az gelişmiş ülkeler (AGÜ veya LDCs: The least developed countries), yaşlı nüfuslarının artışına hazırlıklı değildir ve gerekli hizmetleri sunmakta zorlanmaktadır. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı Nüfus Bölümü (UN DESA: The Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs) tarafından hazırlanan Dünya Nüfusunun Yaşlanması 2023 raporuna göre, 2050 yılına kadar 27 AGÜ'nün bir milyondan fazla yaşlı nüfusa sahip olması beklenmektedir. Bu ülkelerde, yaşlı nüfusun çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Demografik geçişin erken aşamalarındaki ülkeler, sağlık hizmetleri, üreme sağlığı, aile planlaması, eğitim ve iş yaratmaya yatırım yapmalıdır. Orta aşamalarındaki ülkeler sosyal koruma ve sağlık sistemlerini geliştirirken, geç aşamalarındaki ülkeler yaşlılar için politikalar ve programlar desteklemelidir. Bu hazırlıklar, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nin "hiç kimsenin geride bırakılmaması" vaadini yerine

getirmek için hayati önem taşımaktadır (25).

İnsanların neden öldüğünü anlamak, insanların nasıl yaşadığını anlamaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve her ülkede önlenebilir ölümleri azaltmak için değişen epidemiyolojik koşullara sağlık sistemlerinin etkili bir şekilde yanıt verilmesini sağlar. DSÖ ölüm ve sakatlık nedenlerini bulaşıcı hastalıklar (enfeksiyon hastalıkları, annelik, perinatal ve beslenme koşulları ile birlikte), bulaşıcı olmayan hastalıklar (kronik hastalıklar) ve yaralanmalar üç büyük kategori şeklinde sınıflandırmaktadır. Dünya genelinde 2019 yılında gerçekleşen 55,4 milyon ölümün %55'i en yaygın 10 ölüm nedenlerinden kaynaklanmıştır. Bu nedenler toplam can kaybı sayısına göre sıralandığında kardiyovasküler (%16'sı iskemik kalp hastalığı, %11'i inme), solunum (%6'sı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları) ve yenidoğan koşulları (doğum asfiksisi ve doğum travması,

yenidoğan sepsisi ve enfeksiyonları ile erken doğum komplikasyonları) şeklinde üç başlıkta toplanmaktadır. Bu yedi neden, tüm ölümlerin %44'ünü veya en yaygın 10 ölüm nedeninin %80'ini; tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar birlikte ele alındığında ise 2019 yılında dünya genelindeki ölümlerin %74'ünü oluşturmuştur (26). OECD ülkelerinde 2021 yılında kalp krizi, felç ve diğer dolaşım hastalıkları dört ölümden birinden fazlasına neden olmuştur; beş ölümden yaklaşık biri kanserle ilişkilidir (27).

Bir toplumun sağlık düzeyinin ve ihtiyaçlarının tespitinde, sorunların çözümüne yönelik sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde, politika ve programların geliştirilmesinde, sınırlı kaynakların etkili ve verimli kullanılmasında o toplumun demografik ve epidemiyolojik özelliklerinin dikkate alınması gerekmektedir.

Kentlerde Temel Sağlık Hizmetleri: Ülke Örnekleriyle Zorluklar ve Öneriler

Kentlerin toplumsal özellikleri her bölgede farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunumunda kentlerde yaşayan nüfus özelliklerinin dikkate alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri, bölgenin sağlık gereksinimlerine göre farklılık göstermelidir. Gecekondu ve göçle gelenlerin yaşadığı alanlar, organize sanayi bölgelerine yakın işçi semtleri sağlık hizmetlerine erişimde önceliklendirilmelidir. Eşitsiz yaşam koşullarından kaynaklanan sağlık sorunlarını azaltmak amacıyla nitelikli ve fazla sayıda sağlık personeli ile hizmet sunulmalıdır. Kentsel bölgede sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetleri bir arada sunulmalıdır (28).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği üzerine farklı ülkelerde yapılan araştırmalar, kentsel alanlarda sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumsal farklılıkların ve ihtiyaçların dikkate alınması gerektiğini ele almaktadır. Brezilya, Çin, Hindistan, Endonezya gibi dünyanın birçok bölgesinde gerçekleştirilen araştırmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerel koşullara uyarlanması ve etkinliğinin artırılması üzerinde durmaktadır. Örneğin, Brezilya'da randevu sistemlerinde yapılan organizasyonel değişikliklerin erişilebilirliği artırdığı, Çin'de ise dijital teknolojilerin entegrasyonunun kaliteyi

yükselttiği belirtilmiştir. Kentsel alanlarda, sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgelerin toplumsal özellikleri önemli rol oynamaktadır. Özellikle gecekondu bölgeleri ve göçmen toplulukların yaşadığı alanlar gibi dezavantajlı bölgelerde, sağlık hizmetlerine erişimin önceliklendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Tablo 4 ve devamı). Bu bağlamda, kentsel bölgelerde sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin bir arada sunulması ve bölgesel gereksinimlere göre uyarlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısı açısından kritik öneme sahiptir.

Türkiye

Türk Tabipler Birliği'nin 2007 tarihli Atölye Çalışması Grup Raporu, kentlerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu için öneriler sunmaktadır. Raporda, sağlık hizmetlerinin etkinliği için merkezi planlama, yerel bölgesel planlar ve kent sağlık sorunlarının çözümüne yönelik diğer kurumlarla eşgüdüm ve bütünlük içinde iş birliği, bilgi akışı ve paylaşımının sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarının, genel sağlık hizmetleriyle entegre ve yatay bir örgütlenme modeliyle hizmet sunması ve bölge hastaneleriyle sevk ilişkisinin kurulması, işyeri/okul sağlığı birimleri ile iş birliği yapması önerilmiştir. Koruyucu hizmetlerin ücretsiz ve erişilebilir olması, anne-bebek ve çocuk sağlığı, psikososyal gelişim ve bağımlılık önleme gibi konulara yönelik özel programlar önerilmiş, yaşlıların sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının ev ziyaretleriyle desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Okul sağlığı hizmetlerinin öğrenci ve çalışanların sağlık ihtiyaçlarını karşılaması; beslenme programlarının ise risk gruplarına odaklanması gerektiği açıklanmaktadır. Çevre sağlığı hizmetlerinin etkin yönetiminde ilgili kuruluşlarla iş birliği ve denetim mekanizmalarıyla güçlendirilmesi önerilmiştir. Sağlık hizmetlerinin, sosyal hizmetlerle entegre edilmesi, bireylerin sağlık kayıtlarının mahremiyet gözetilerek tutulması; ayrıca, toplumun sağlık hizmetlerinin planlama ve değerlendirme süreçlerine katılımının teşvik edilmesi gerektiği belirtilmiştir (28).

Brezilya

Vieira-da-Silva ve ark. tarafından Brezilya'nın Salvador şehrindeki birinci basamak sağlık

hizmetleri birimlerinde uygulanmış bir erişilebilirlik ve hasta kabul projesinin etkilerini değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada, projenin uygulandığı birimlerde önlenebilir kuyrukların azalması ve randevu alma süresinin kısalmasıyla erişilebilirlikte belirgin bir iyileşme sağlandığı gösterilmiştir. Sağlık hizmetlerinin arzı yetersiz bile olsa, randevu sisteminde ve hasta kabul süreçlerinde yapılacak basit organizasyonel değişikliklerin (kalıcı randevu planlama sistemi, telefonla randevu alma sistemi, bekleme listesi oluşturulması ve insanileştirme çalışma grubunun oluşturulması gibi) erişilebilirliği artırabileceği ve benzer sorunları olan diğer ülkeler için de uygulanabilir olabileceği önerilmiştir (29).

Relvas ve ark. çalışmasında, Brezilya'nın Embu das Artes kentindeki 13 kentsel birinci basamak sağlık biriminde, 1 yaşın altındaki (6-12 ay) çocuklar arasında Ultra işlenmiş gıda (UPF: ultra-processed food) tüketimi prevalansı ve ilişkili faktörleri analiz edilmiştir. Araştırmada, ultra işlenmiş gıda alımının prevalansı %43,1 saptanmıştır. Anne sütüyle beslenmeyen bebeklerin, anne sütü alanlara göre ultra işlenmiş gıda alımı prevalansı daha yüksek, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha iyi performans göstermesinin, 1 yaş altı çocuklar arasında işlenmiş gıda tüketimini azalttığını göstermiştir. Çalışmada; bakım verenlerle düşük sosyoekonomik statüdeki anneler arasında bağı güçlendiren müdahalelerin uygulanması, sağlık profesyonellerinin annelerin ek gıdaya geçiş süreçlerini anlamaları ve danışmanlık yapmaları, bebek beslenme göstergelerinin rutin izleneceği bir sistemin uygulanması önerilmiştir (30).

Brezilya'nın Rio de Janeiro kentinde, kamu sağlığı 2008 yılına kadar birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince dayanmıyordu. Sağlık Kuruluşları Ulusal Kayıt Sistemi (CNES: National Record of Healthcare Establishments)'ne kayıtlı 164 Aile Sağlığı Ekibinden sadece 68'inde doktor bulunmaktaydı ve her ekip ortalama 3.450 kişiden sorumluydu. 2009'da Aile Sağlığı Stratejisi (FHS: Family Health Strategy) sadece nüfusun %3,5'ini kapsıyordu. Ancak, FHS teşvik edilerek 2015'te nüfusun %45'ine ulaşıldı. Günümüzde Rio de Janeiro'da birinci

basamak sağlık hizmetleri sadece Belediye Sağlık Merkezleri (MHC: Municipal Healthcare Centers) ve Aile Klinikleri (FC: Family Clinics) olarak iki tür kuruluşla sunulmaktadır. Tip A birimleri (Aile Klinikleri ve Belediye Sağlık Merkezleri) tüm bölgeyi Aile Sağlığı Stratejisi ekipleriyle kapsarken, Tip B birimleri karma birimleri ifade etmektedir. 2014'te 194 birinci basamak sağlık kuruluşunun %75'i Tip A birimleriydi. Harzheim E. ve arkadaşları, farklı türdeki sağlık birimlerinin (Tip A ve Tip B) kullanıcılar (3.145 çocuk ve 3.530 yetişkin) üzerindeki algısını inceleyerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalite ve memnuniyetini değerlendirdi. Araştırma, Tip A birimlerinin hem çocuk hem de yetişkin kullanıcılar tarafından daha olumlu değerlendirildiğini saptamıştır. Ayrıca, kalite algısı üzerinde bağlılık, kullanım, koordinasyon-bilgi sistemi, koordineli bakım ve süreklilik olumlu; ilk temas/erişim kolaylığı olumsuz bulunmuştur (31).

Çin

Çin, birinci basamak sağlık sistemini güçlendirmek için önemli finansal yatırımlar yapmış ve kronik hastalıklar (hipertansiyon gibi) ile yeni enfeksiyon hastalıkları (COVID-19 gibi) ile başa çıkma konusunda olumlu politikalar benimsemiştir. Ancak, sistemde hâlâ geniş çapta kalite sorunları bulunmaktadır. Li X ve ark. Lancet'te 2020'de yayınlanan derleme türündeki makalesinde, düşük kaliteye neden olan faktörler arasında birinci basamak sağlık çalışanlarının yetersiz eğitim ve öğretimi, önceliklendirmeyi teşvik eden ücretli hizmet modeli, klinik bakım ile halk sağlığı hizmetleri arasındaki entegrasyon eksiklikleri ve sağlık sistemindeki yetersiz bakım sürekliliğinin yer aldığını belirtmişlerdir. Politika önerileri olarak; birinci basamak sağlık hizmeti hekimlerinin eğitim kalitesinin artırılması, yüksek kaliteli ve değerli bakım için performans hesap verebilirliğinin sağlanması, klinik bakımın ve temel halk sağlığı hizmetleriyle entegrasyonu ve birinci basamak sağlık kurumları ile hastaneler arasındaki koordinasyonun güçlendirilmesi öne çıkmaktadır. Ayrıca, Çin'in dijital veriler ve yenilikçi teknolojiler üzerine kurulu bir öğrenme sağlık sistemi kurarak birinci basamak sağlık sistemini modernleştirmeyi değerlendirmesi gerekmekte olduğu vurgulanmıştır. Güçlü ve kaliteli bir birinci basamak sağlık sistemi, Çin'in mevcut

epidemiyolojik geçiş ve gelecekteki salgınlara daha etkili bir şekilde yanıt vermesine yardımcı olacağı ve ulusal Sağlıklı Çin 2030 stratejisinde öngörülen sosyal yararları sağlamasına katkıda bulunacağı belirtilmektedir (32).

Taxifulati Y ve ark. Çin'in Pekin kentindeki Dongcheng bölgesindeki birincil sağlık kuruluşlarında (7 toplum sağlık merkezi ve 59 toplum sağlık istasyonu) antibiyotik kullanım kalıplarını ve akılcı olmayan antibiyotik reçetelerini belirlemeyi amaçlayan bir araştırma yapmıştır. Antibiyotik reçete oranının 2015'te %5,2'den 2018'de %4,1'e düştüğü, ancak akılcı olmayan antibiyotik reçete oranının %10,4'ten %11,8'e çıktığı gözlenmiştir. Antibiyotik reçetelerinde en yaygın tanının Akut Bronşit, en çok reçete edilen antibiyotiklerin ise sefalosporinler, florokinolonlar ve makrolidler olduğu bulunmuştur. Antibiyotik reçetelerinin %12,5'inin akılcı olmadığı ve bunların çoğunluğunun (%54,4) uygunsuz antibiyotik kullanımı ve dozaj hatalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarında uygunsuz antibiyotik kullanımıyla mücadele edilmesi gerektiği ve tıbbi kaynakların eşitsiz dağılımı göz önüne alındığında, farklı ekonomik gelişim seviyelerine sahip bölgelerde daha fazla çaba sarf edilmesi gerektiği belirtilmektedir (33).

Wushouer H ve ark. Çin'in Pekin şehrindeki 327 birincil sağlık bakım ortamlarında çocuklar için ayaktan antibiyotik reçeteleme modelleri ve uygunluğunu araştırmıştır. Antibiyotik reçeteleme oranı %15,1 olarak bulunmuştur. En yaygın kullanılan antibiyotiklerin Makrolidler (%34,9), en sık tanının ise bronşit (%35,2) olduğu saptanmıştır. Toplam 292 vakanın %79,8'ine uygunsuz reçeteler düzenlendiği gözlenmiştir. Çalışma, Pekin'deki birinci basamak sağlık kurumlarında çocuklar için antibiyotik reçetelerinin düşük bir oranda olduğunu ancak iyileştirme alanları bulunduğunu belirtmiştir. Antibiyotik reçetelerinin yaklaşık %9,2'sinin irrasyonel olduğu, genellikle uygunsuz kullanım ve dozajdan kaynaklandığı ifade edilmiştir. 2014 yılında Pekin'de başlatılan Reçete Gözden Geçirme ve Geri Bildirim (PRF: Prescription Review and Feedback) sistemi irrasyonel kullanımın kontrolüne yardımcı olduğu, ancak daha az kaynaklara sahip bölgelerde etkinliğinin

artırılması önerilmiştir (34).

Hindistan

Babu BV ve arkadaşları, Doğu Hindistan'ın Bhubaneswar şehrindeki gecekondu mahallelerinde yaşayan göçmen yerli topluluğun sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını incelemiştir. Araştırma, sağlık personelinin nadir ziyaretlerde bulunduğunu ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olduğunu, insanların tedavi için özel ve bazen nitelsiz pratisyenlere yüksek miktarda para harcadığını göstermiştir. Göç nedeniyle topluluğun sağlık hizmetlerinin düşük kullanımına daha yatkın hale geldiğini ve Hindistan'ın kentsel bölgelerindeki savunmasız göçmen gruplar için sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması gerektiği vurgulanmıştır. Çoğu katılımcının okuryazar olmadığı ve düşük gelirli işlerde çalıştığı belirlenmiştir. Sağlık personelinin ziyaretlerinden sadece %40'ının haberdar olduğu, bunların yarısından azının düzenli ziyaretler aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %73'ünün küçük hastalıklar için özel pratisyenlere başvurduğu, yalnızca %19'unun devlet kliniklerini tercih ettiği, devlet klinikleri veya hastanelerin genellikle çok uzak olmasından, insanların çoğunlukla özel pratisyenleri kullandığı saptanmıştır. Devlet hastanelerinin pahalı olduğu ve hizmetlerin genellikle tatmin edici olmadığı belirtilmiştir. Araştırma, yerel sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini ve tatminini olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (35).

Endonezya

Arsyad DS ve arkadaşlarının çalışmasında, Endonezya'nın Makasar şehrindeki kamuya ait birinci basamak sağlık merkezleri olan Puskesmasların kardiyovasküler hastalık (KVH) hizmetleri sunma konusundaki hazırlık düzeyleri araştırılmıştır. Çalışmada, Puskesmasların büyük çoğunluğunda hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı ve inme gibi KVH'lere yönelik sağlık hizmetleri sunulmakta olduğu, ancak bu hizmetlerin genellikle temel tedavi ve erken teşhis düzeyinde kaldığı gözlemlenmiştir. KVH'lerin önlenmesi, teşhisi ve sağlığın teşviki gibi konularda kapsamlı hizmetler sunulmakta iken, uzun vadeli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sadece birkaç Puskesmas'ta bulunduğu tespit edilmiştir. Puskesmasların

%23,4'ünün KVH hizmetleri sunma konusunda yetersiz hazırlığa sahip olduğu belirlenmiştir. En belirgin eksiklikler arasında, temel ilaçların yetersizliği (%44,3) ve düşük tanı testi kapasitesi (%43,9) yer almaktadır. Buna karşın, tüm Puskesmaslar ambulans hizmetleri konusunda tam puan (100) almıştır. Çalışma, hükümetin ve ilgili paydaşların, ilaç ve tanı testleriyle ilgili sürekli izleme, sağlık çalışanlarına yönelik düzenli eğitimler ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarıyla birlikte Puskesmasların eksikliklerini gidermek için daha fazla çaba göstermesi gerektiğini vurgulamaktadır (36).

Adian YAP ve Budiarto W'nin yayınlanan literatür derlemesinde, Endonezya'nın Surabaya şehrindeki birinci basamak sağlık merkezlerinde uygulanan e-sağlık sisteminin başarısını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Surabaya'da birinci basamak sağlık merkezlerine yapılan hasta başvurularında görülen artış, kayıt işlemleri sırasında uzun bekleme sürelerine neden olmuştur. Bu sorunu çözmek amacıyla Surabaya Hükümeti, her sağlık hizmeti sağlayıcısında çevrimiçi kayıt sistemini devreye sokarak, kayıt işlemlerindeki yoğunluğu azaltmayı ve bekleme sürelerini kısaltmayı hedeflemiştir. Bulgular, e-sağlık sisteminin hasta kayıt süreçlerini önemli ölçüde kolaylaştırdığını ve sağlık hizmeti sunumunda bekleme sürelerini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir. Hastalar, kimlik kartlarını kullanarak çevrimiçi kayıt yaptırabilmekte ve bu sayede kayıt süreci hızlanmaktadır. E-sağlık sistemi, sağlık merkezlerinin yönetim bilgi sistemleriyle entegre edilerek, hasta verilerinin ve tıbbi geçmişlerinin daha kolay erişilebilir hale gelmesini sağlamaktadır. Bu entegrasyon, sağlık personelinin iş yükünü hafifletmekte ve daha etkili bir sağlık hizmeti sunumuna olanak tanımaktadır. Ancak, e-sağlık uygulamasının topluma yeterince tanıtılmamış olması nedeniyle bazı hastaların hala manuel kayıt yöntemini tercih ettiği saptanmıştır. Sağlık personelinin bu sistemi etkin bir şekilde kullanabilmesi ve hastaları bilgilendirmesi, e-sağlık hizmetinin yaygınlaşmasında kritik öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Sistemin daha geniş bir kitleye ulaşabilmesi, topluma sağlayabileceği faydaların artırılması, daha etkin kullanılabilmesi için sosyalizasyon eksikliklerinin giderilmesi ve sağlık personeline yönelik sürekli eğitim programlarının

düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (37).

Filipinler

Gella HB ve Caelian MV'nin yaptığı çalışmada, büyük bir şehirdeki toplum sağlık istasyonlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanması incelenmiştir. Araştırma, 30 toplum sağlık istasyonunda görev yapan 661 sağlık hizmeti sağlayıcısı ve 217 hizmet alıcıyla gerçekleştirilen bir anketle yürütülmüştür. Sonuçlar, genel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum sağlık istasyonlarında yüksek bir düzeyde uygulandığını (5 üzerinden ortalama 4,47 puan) göstermektedir. Özellikle anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin en yüksek uygulama düzeyinde (4,63 puan) olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın, bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi diğer hizmetlere kıyasla daha düşük bir düzeyde (4,19 puan) gerçekleşmiştir. Nüfus yoğunluğuna bağlı olarak, küçük nüfuslu bölgelerde hizmetlerin uygulanma düzeyinin (4,51 puan) çok yüksek, büyük nüfuslu bölgelerde ise yüksek (4,45 puan) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, yıllık sağlık bütçesi ve nüfus yoğunluğu gibi değişkenler hizmetlerin uygulanmasında önemli farklılıklar yaratmıştır. Çalışmada, tespit edilen en büyük zorlukların tıbbi malzeme, ilaç ve personel yetersizliği olduğu sonucuna varılmıştır (38).

Suudi Arabistan

Wali ve ark. çalışmasında, COVID-19 pandemisi sırasında King Abdul-Aziz Tıp Şehri, Birinci Basamak Sağlık Merkezi, Uzman Poliklinik'te telefonla gerçekleştirilen antenatal bakım hizmetlerine yönelik hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir. Araştırma, 2020 yılında bu poliklinikte hizmet alan 279 gebe kadına SMS yoluyla gönderilen bir anketle yapılmıştır. Sonuçlar, kadınların %90,3'ünün telefonla verilen antenatal hizmetlerden yüksek düzeyde memnuniyet duyduğunu göstermiştir. Toplam memnuniyet puanı 100 üzerinden ortalama 73,4±6,5 olarak belirlenmiştir. Çalışma, telefonla antenatal bakımın yüksek düzeyde kabul gördüğünü ve dijital sağlık uygulamalarına entegrasyon için sağlam bir temel sunduğunu ortaya koymuştur. Araştırma, gelecekte yüz yüze hizmetlerle birlikte teknoloji tabanlı sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun önemini vurgulamakta ve kişiselleştirilmiş gebelik bakımı için daha fazla araştırma yapılması gerektiğini önermektedir (39).

Alsofyani MA ve arkadaşlarının çalışmasında, 2021 yılı Şubat-Mart döneminde Suudi Arabistan'ın Taif şehrindeki 19 birinci basamak sağlık merkezinde hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler araştırılmıştır. Araştırmada, ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla Morisky İlaç Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada, katılımcıların %86'sı yüksek düzeyde ilaç uyumu saptanmıştır. Yüksek uyum gösteren bireyler arasında, gelir düzeyi 5000 Suudi Arabistan Riyali veya daha yüksek olanların %66,4'ü ve yaşları 60 veya daha fazla olanların %58,4'ü yüksek uyum gözlenmiştir. Tedaviye uyumu etkileyen engeller arasında, ilaç kullanımına dair faktörler (%58,1), finansal faktörler (%22,2), ilaç bulunabilirliği (%15,8) ve ilaçların hastalığı kontrol etme konusundaki güvenilirliği (%13,3) yer almıştır. Ayrıca, yaşın 65'in üzerinde olması ve aile üye sayısının fazla olması, ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Çalışma, hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu artırmak amacıyla düzenli takiplerde hatırlatıcı mekanizmaların güçlendirilmesi ve sürekli danışmanlık verilmesi gerektiğini önermektedir (40).

Yemen

Abdul-Aziz M ve arkadaşlarının çalışmasında, Yemen'in Sana'a şehrindeki birinci basamak sağlık merkezlerinde 2021 yılı Şubat-Mart döneminde, gebelik durumu olmayan üreme çağındaki 347 kadında bakteriyel vajinoz (BV), vulvovajinal kandidiyazis (VVC) ve trikomoniyazis (TV) prevalansı ve risk faktörleri incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, vajinal enfeksiyonlar üreme çağındaki kadınların %37,6'sında görülmüş olup, en yaygın enfeksiyon türü olarak BV %27,2 tespit edilmiştir. Ayrıca, VVC'nin poligam evlilikle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma, BV ve VVC'nin önlenmesi için sağlık eğitimi ve düzenli izleme gerekliliğini önermektedir (41).

Uganda

Wafula ST ve arkadaşlarının çalışmasında, Uganda'nın Kampala şehrindeki 8 birincil sağlık merkezinde Mart-Nisan 2017 döneminde, sağlık çalışanlarının sağlık atıkları (HCWs) yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları incelenmiştir. Araştırmaya katılan 200 sağlık çalışanının %71,5'inin HCWs yönetimi konusunda yüksek

bilgiye sahip olduğu, %74,0'ının tatmin edici yönetim uygulamalarına sahip olduğu ve %80,0'ının uygun kişisel koruyucu ekipman kullandığı tespit edilmiştir. Diplomaya sahip sağlık çalışanlarının yüksek ortaöğretime göre tatmin edici atık yönetimi uygulamalarına sahip olma olasılıkları 1,49 kat daha fazlaydı. Sağlık çalışanı yönetimi konusunda eğitim alan katılımcıların tatmin edici sağlık çalışanı yönetimi uygulamalarına sahip olma olasılıkları, eğitimi almayanlara kıyasla 1,19 kat daha fazlaydı. Sağlık çalışanı yönetimini önemli olarak görenlerin, aksi yönde düşünenlere kıyasla tatmin edici sağlık çalışanı yönetimi uygulamaları gözlemleme olasılıkları 2,81 kat daha fazladır. Çalışma, HCWs yönetiminin iyileştirilmesi için sağlık çalışanlarına yönelik HCWs yönetimi ve sürekli denetim konusunda yenileme eğitimleri ile düzenli denetimlerin, sağlık çalışanları arasında uygun HCWs uygulamalarını teşvik etmede önemli olduğunu vurgulamaktadır (42).

Kanada

Kaur Khakh A ve ark. çalışmasında, Kanada'nın Calgary şehrinde birincil sağlık hizmetlerine mekansal erişimi farklı ulaşım modları (araba, toplu taşıma ve yürüyüş) açısından değerlendirmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, Kanada'da sağlık hizmetlerine evrensel erişim sağlanmış olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin mekansal dağılımındaki dengesizlikler, özellikle toplu taşıma veya yürüyüş gibi alternatif ulaşım modlarıyla erişim sağlayan bireyler için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Araçla erişim sağlayan bireyler, şehirdeki sağlık hizmetlerine en yüksek erişimi elde etmekte; bu oran, araç erişimi olmayanlar için %2,5 iken, toplu taşıma ile %11,1 ve yalnızca yürüyerek erişim sağlamak durumunda kalanlar için %35,5 olarak belirlenmiştir. Araç kullanımı, şehir merkezindeki bölgelerde daha yüksek erişim sağlarken, şehir dışı bölgelerde bu erişim azalmakta; toplu taşıma ve yaya erişiminde ise şehir genelinde büyük farklılıklar gözlenmektedir. Araştırma, Calgary'deki sağlık hizmetlerinin mekansal dağılımının eşit olmadığını ve düşük gelirli, yalnız yaşayan veya boşanmış bireylerin bu hizmetlere erişiminde ciddi zorluklar yaşadığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, şehirde sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliğini azaltmak amacıyla toplu taşıma ve yaya yollarının altyapısının iyileştirilmesi veya yeni sağlık merkezlerinin

inşa edilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Araç sahibi olmayan bireyler için sağlık hizmetlerine erişim oranlarının artırılması, genel sağlık erişimini iyileştirmek için kritik bir adım olarak değerlendirilmektedir (43).

Avustralya

Day CA ve ark. çalışmasında, Avustralya'da Sidney'in iç bölgelerinde, iğne ve şırınga programı içinde, hemşire liderliğinde bir zarar azaltma temelli birinci basamak sağlık hizmeti (HMPH: A nurse-led Harm Minimisation-based Primary Healthcare) modelinin geliştirilmesini incelemiştir. Araştırmada, HMPH hizmetini tanımlamak, hizmet kullanımını gözden geçirmek ve hemşirelerin iğne kullanan uyuşturucu kullanıcıları (IDUs: Injecting drug users) ile çalışma deneyimlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmada, hizmetin başladığı 2006'dan itibaren 417 bireyin hizmetten yararlandığı, en son 200 dosyanın %64,5'inin kan yoluyla bulaşan virüsler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için tarama amacıyla klinik başvurusu yaptığı, %90'ının en az bir takip ziyaretine katıldığı, %62'sinin son 12 ay içinde bir Genel Pratisyen ile görüştüğü ve toplamda 102 yönlendirme yapıldığı tespit edilmiştir. Hemşireler, IDU'ların genel pratisyenleri etkili kullanmadığını ve kendine bakımın düşük öncelik taşıdığını, ancak hemşirelerin bu bireylerin genel pratisyenlere erişim engellerini aşmalarına yardımcı olabileceklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin görüşlerine göre, IDU'ların genel pratisyenleri kullanma şekilleri genellikle rastgele (%25), kriz durumları (%30) ya da sadece belirli ihtiyaçlar (%20) doğrultusundadır. Hemşireler, IDU'ların genel pratisyenlerle yaşadıkları erişim engellerinin başında önceki olumsuz deneyimlerin (%40), randevu alma süreçlerinin (%35) ve düşmanca karşılamaların (%25) geldiğini belirtmişlerdir. Klinik veriler, hedeflenmiş hemşire liderliğindeki birincil sağlık hizmetlerinin önemli bir boşluğu doldurduğunu ve IDU'lara sağlık hizmeti sağlama ve erişim kolaylığı sağlama konusunda etkili olduğunu göstermiştir. Araştırmada, IDU'ları genel pratisyenler ve diğer sağlık hizmetleri ile ilişkilendirme çabasının büyük önem taşıdığı; bu hizmetin maliyet tasarrufu sağlaması, yüksek müşteri geri dönüş oranı ve sürekli bakım sunmanın, ihtiyaç ile kullanımın göstergesi olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (44).

Japonya

Du M ve Zhao S tarafından yapılan çalışmada, Japonya'nın Fukuoka şehrinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, Değişken İki Adımlı Hareketli Yakalama Alanı (V2SFCA: Variable Two-Step Floating Catchment Area) yöntemi kullanılarak incelenmiştir. V2SFCA, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini analiz etmek için iki aşamalı bir yaklaşımdır. İlk aşamada, sağlık kurumlarının coğrafi kapsama alanı belirlenmektedir ve bu bir sağlık kurumunun etrafında tanımlanan bir "yakalama alanı" ile yapılmaktadır. Bu alan, kurumun etkili hizmet sunduğu mesafeyi kapsamaktadır. İkinci aşamada, bu alanlar nüfusun ihtiyaçlarına ve taleplerine göre genişletilmektedir. V2SFCA, sabit mesafeler yerine nüfus yoğunluğu ve hizmet taleplerine göre yakalama alanlarını ayarlayarak daha hassas bir değerlendirme sağlamaktadır. Bu yöntem, sağlık hizmetlerinin erişim seviyelerini daha gerçekçi bir şekilde ölçerek, sağlık hizmetleri planlaması ve kaynak dağıtımında etkili kararlar alınmasına olanak tanımaktadır. "Yakalama alanı" terimi, sağlık hizmetlerinin belirli bir bölgedeki erişim alanını ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri yakalama alanları (HCAs: healthcare catchment areas) sağlık kurumlarının kapsadığı coğrafi alanı, nüfus yakalama alanları (PCAs: population catchment area) ise bu sağlık hizmetlerinden yararlanan nüfusun erişim alanını temsil etmektedir. Araştırma, HCAs ve PCAs değerlendirerek, erişim seviyelerini ve mekansal eşitsizlikleri belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışmada, şehir merkezlerinde erişim oranının ortalama %80, banliyö bölgelerde ise %40 olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetleri yakalama alanları 500 ile 6.400 metre arasında, nüfus yakalama alanları ise 500 ile 3000 metre arasında tespit edilmiştir. Farklı klinik türlerinin (İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Pediatri vb.) kapsama alanlarının değişiklik gösterdiği ve özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine olan yüksek talep, erişim sorunlarını belirgin hale getirdiği gözlenmiştir. Ayrıca, değişken yakalama alanlarının, sabit yakalama alanlarına göre daha hassas bir erişim değerlendirmesi sunduğunu ve sağlık hizmetleri kaynaklarının daha adil bir şekilde dağıtılması ile arazi kullanım planlamasında çok boyutlu bir değerlendirme sisteminin önemini vurgulamaktadır. Klinik dağılımının optimize edilmesi ve erişim

eşitsizliklerinin giderilmesi önerilmektedir (45).

İtalya

Guida C ve Carpentieri G çalışmasında, Covid-19 pandemisi sırasında Milano'da yaşlı bireyler için birincil sağlık hizmetlerine erişimin kalitesini (normal durumlarla karşılaştırıldığında pandemiye nasıl etkilediğini) ölçen bir Coğrafi Bilgi Sistemleri (GIS: Geographic Information Systems) tabanlı metodoloji geliştirmeyi amaçlamıştır. Milano, 2011 nüfus sayımına göre %25 yaşlı nüfusu ile Avrupa'daki önemli şehirlerden biridir ve Covid-19 pandemisinin ilk büyük etkilerini yaşayan şehirlerden biri olarak seçilmiştir. Şehirde sağlık hizmetleri, özel ve kamu merkezlerinden oluşan karmaşık bir yapıdadır. Bulgular, pandeminin başlangıcında yaşlıların sağlık hizmetlerine erişiminin belirgin şekilde azaldığını göstermektedir. Özellikle Covid-19 döneminde, yüksek erişim seviyelerine sahip yaşlıların oranı %9'dan %3'e, %13'ten %8'e düşmüşken, düşük erişim seviyelerinde bu oranlar artmıştır. Pandemi sürecinde, sağlık hizmetlerinin kısıtlanması ve toplu taşıma erişiminin azalması sonucu, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde büyük bir düşüş yaşanmıştır. Çalışmanın verileri, Milano'da sağlık hizmetlerinin dağılımında önemli değişiklikler olduğunu ve pandemi koşullarında erişim koşullarının kötüleştiğini, özellikle hastanelerin Covid-19 hastane merkezlerine dönüştürülmesinin yaşlılar için erişim koşullarını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bu metodoloji, acil durumlarda kamu hizmetlerinin daha etkili dağıtımına yönelik politika önerileri geliştirmek ve özellikle en savunmasız yaşlı bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini korumak için kullanışlı bir araç olarak değerlendirilmiştir. Çalışma, farklı kentsel bağlamlarda metodolojinin doğruluğunu test etmek, yaşlıların yürüyebilirliğini etkileyen kentsel ve çevresel faktörleri değerlendirmek, yeni ulaşım ve sağlık tesislerinin optimal yerleşimini belirlemek ve prosedürün uygulamasını ve sonuçların yorumlanmasını kolaylaştıracak bir web GIS aracı geliştirmek gibi öneriler sunmaktadır (46).

Sonuç

Kentlerde TSH'nin değişimlere uyum sağlaması, çok boyutlu ve bütüncül bir yaklaşımla yeniden yapılandırılması, kentsel alanlarda nüfusun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek açısından

büyük önem taşımaktadır. Kentsel alanlarda TSH'nin planlanması ve sunumu, demografik yapı, nüfus yoğunluğu ve sosyoekonomik farklılıklar gibi çeşitli faktörler dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir. Kentlerde yaşayan nüfusun özelliklerini ve değişen nüfus yapısını dikkate alan, toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve öncelikli gruplara yönelik programlar geliştiren, toplum katılımını teşvik eden birinci basamak sağlık hizmeti sistemi toplum sağlığının korunması için kritik role sahiptir. Kentlerde TSH'nin planlanmasında randevu sistemleri ve hasta kabul süreçlerinde değişiklikler yaparak erişilebilirliği artırmak, sağlık personelinin düzenli ziyaretleri ve savunmasız topluluklar için sağlık sistemini yeniden yapılandırmak önemlidir. Eğitim ve denetim sistemlerini güçlendirerek uygun antibiyotik kullanımını teşvik etmek, teknoloji tabanlı çözümler sunmak, toplu taşıma ve yaya yollarını iyileştirmek, yeni sağlık merkezleri inşa etmek ve kentsel planlamada kaynakları adil dağıtmak erişim eşitsizliklerini azaltabilir. Ayrıca, bölgesel ihtiyaçlara uygun çözümler geliştirilmeli, coğrafi açıdan sağlık hizmetlerine erişilebilir ve altyapısı güçlü (sağlık insan gücü, ekipman vb) sağlık kuruluşlarının sayısı artırılmalı; DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı'nın sağlığı kentlerin siyasi ve sosyal gündeminde üst sıralara taşınması ile Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı hedeflenmelidir.

İletişim: Hıdır Sarı

E-Posta: hsaridr@yahoo.com

Tablo 4. Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan araştırma özetleri (29-46)

Yazarlar (Tarih)	Ülke/Şehir	Araştırmanın Amacı	Araştırmaya Alınan Grup	Bulgular	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili Öneriler
Vieira-da-Silva ve diğerleri (2010)	Brezilya/Salvador	Birinci basamak sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik ve hasta kabul süreçlerinin değerlendirilmesi.	Projenin uygulandığı birinci basamak sağlık hizmetleri birimleri	Randevu alma süresinin kısaltılması ve önlenebilir kuyrukların azaltılmasıyla erişilebilirlikte belirgin bir iyileşme sağlanmıştır.	Randevu sistemlerinde ve hasta kabul süreçlerinde organizasyonel değişiklikler yapılmasının, benzer sorunları olan diğer ülkelerde de uygulanabilir olabileceği önerilmiştir.
Relvas ve diğerleri (2019)	Brezilya/Embu das Artes	1 yaşın altındaki (6-12 ay) çocuklar arasında ultra işlenmiş gıda tüketimi prevalansı ve ilişkili faktörlerin analizi.	13 kentsel birinci basamak sağlık birimi	Ultra işlenmiş gıda alımı prevalansı %43.1 olarak saptanmıştır. Anne sütü almayan bebeklerde prevalans daha yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha iyi performans göstermesinin, 1 yaş altı çocuklar arasında işlenmiş gıda tüketimini azalttığını göstermiştir.	Düşük sosyoekonomik statüdeki anneler için müdahaleler ve bebek beslenme göstergelerinin izleneceği bir sistemin uygulanması önerilmiştir.
Harzheim ve diğerleri (2016)	Brezilya/Rio de Janeiro	Farklı birinci basamak sağlık birimlerinin kalite ve memnuniyet değerlendirmesi.	3.145 çocuk ve 3.530 yetişkin	Tip A birimlerinin (Aile Klinikleri ve Belediye Sağlık Merkezleri) hem çocuk hem de yetişkin kullanıcılar tarafından daha olumlu değerlendirildiği, ilk temas/erişim kolaylığı dışında diğer hizmetlerin daha olumlu algılandığı tespit edilmiştir.	Tip A birimlerinin teşvik edilmesi ve kalite, süreklilik, koordinasyonun güçlendirilmesi önerilmiştir.
Li ve diğerleri (2020)	Çin/Genel	Çin'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirme önerileri.	Çin genelindeki birinci basamak sağlık hizmetleri	Kalite sorunları arasında yetersiz eğitim, ücretli hizmet modeli ve bakım sürekliliği eksiklikleri yer almıştır.	Birinci basamak sağlık hizmetleri hekimlerinin eğitim kalitesinin artırılması ve performans hesap verebilirliği sağlanması, klinik bakımın ve temel halk sağlığı hizmetleriyle entegrasyonu ve birinci basamak sağlık kurumları ile hastaneler arasındaki koordinasyonun güçlendirilmesi ile Çin'in dijital veriler ve yenilikçi teknolojiler üzerine kurulu bir öğrenme sağlık sistemi kurarak birinci basamak sağlık sistemini modernleştirmeyi değerlendirmesi gerektiği de önerilmiştir.

Tablo 4. Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan araştırma özetleri (29-46) (Devamı)

Yazarlar (Tarih)	Ülke/ Şehir	Araştırmanın Amacı	Araştırmaya Alınan Grup	Bulgular	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili Öneriler
Taxifultati ve diğerleri (2021)	Cin/ Pekin	Antibiyotik kullanım kalıplarının ve akılcı olmayan reçetelerin değerlendirilmesi.	7 toplum sağlık merkezi ve 59 toplum sağlık istasyonu	Antibiyotik reçete oranı 2015'te %5.2'den 2018'de %4.1'e düşerken, akılcı olmayan reçete oranı sırasıyla %10.4'ten %11.8'e çıkmıştır.	Uygunsuz antibiyotik kullanımı ile mücadele edilmesi gerektiği ve bu konuda farklı ekonomik gelişim seviyelerine sahip bölgelerde daha fazla çaba sarf edilmesi gerektiği belirtilmiştir.
Wushouer ve diğerleri (2021)	Cin/ Pekin	Çocuklar için antibiyotik reçeteleme modelleri ve uygunluk analizi.	327 birincil sağlık bakım ortamı	Çocuklar için antibiyotik reçeteleme %15,1 iken; yaklaşık %9,2'sinin irrasyonel ve %79,8'i uygunsuz olduğu tespit edilmiştir	2014 yılında Pekin'de başlatılan Reçete Gözden Geçirme ve Geri Bildirim (PRF: Prescription Review and Feedback) sistemi irrasyonel kullanımın kontrolüne yardımcı olduğu, ancak daha az kaynaklara sahip bölgelerde etkinliğinin artırılması önerilmiştir.
Babu ve diğerleri (2010)	Hindistan/ Bhubaneswar	Göçmen yerli topluluğun sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımının değerlendirilmesi.	Bhubaneswar gecekondu mahallerinde yaşayan göçmen yerli topluluk	Sağlık personelinin nadiren ev ziyaretlerinde bulunduğu ve hizmet kalitesinin düşük olduğu; devlet hastanelerinin uzak ve pahalı olduğu, hizmetlerinin tatmin edici olmadığı; insanların tedavi için özel ve bazen niteliksiz pratisyenlere yüksek miktarda para harcadığı bulunmuştur. Yerel sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini ve tatminini olumsuz etkilediği gözlenmiştir. Ayrıca, göç nedeniyle topluluğun sağlık hizmetlerinin düşük kullanımına daha yatkın hale geldiği gözlenmiştir.	Kentsel bölgelerindeki savunmasız göçmen gruplar için sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve sağlık personelinin düzenli ziyaretlerinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.
Arsyad ve diğerleri (2022)	Endonezya/ Makasas	Puskesmasların kardiyovasküler hastalık (KVH) hizmetleri sunma hazırlık düzeylerinin değerlendirilmesi.	Kamuya ait birinci basamak sağlık merkezleri	KVH hizmetleri sunma konusunda hazırlığın yetersiz (%23.4) olduğu, en belirgin eksikliklerin temel ilaçların yetersizliği (%44.3) ve düşük tanı testi kapasitesi (%43.9) olduğu tespit edilmiştir.	Hükümetin ve ilgili paydaşların, ilaç ve tanı testleriyle ilgili sürekli izleme, sağlık çalışanlarına yönelik düzenli eğitimler ve sağlığın teşvik ve geliştirilmesi çalışmalarıyla birlikte Puskesmasların eksikliklerini gidermek için daha fazla çaba göstermesi gerektiği belirtilmiştir.

Tablo 4. Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan araştırma özetleri (29-46) (Devamı)						
Yazarlar (Tarih)	Ülke/Şehir	Araştırmanın Amacı	Araştırmaya Alınan Grup	Bulgular	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile ilgili Öneriler	
Adian ve Budiarto (2020)	Endonezya/Surabaya	Birinci basamak sağlık merkezlerinde artan hasta sayısı ve uzun bekleme sürelerine çözüm bulmak amacıyla uygulanmaya başlanan E-sağlık sisteminin başarısının değerlendirilmesi.	Surabaya birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastalar	E-sağlık sisteminin hasta kayıt süreçlerini önemli ölçüde kolaylaştırdığı ve sağlık hizmeti sunumunda bekleme sürelerini önemli ölçüde azalttığı, ancak topluma yeterince tanıtılmadığı için bazı hastaların manuel kayıt yöntemini tercih etmeye devam ettiği gözlenmiştir.	E-sağlık sisteminin yaygınlaştırılması için sosyalizasyon eksikliklerinin giderilmesi ve sağlık personeline sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmiştir.	
Gella ve Caelian (2021)	Filipinler/Belirtilmemiş	Toplum sağlık istasyonlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanma düzeylerinin değerlendirilmesi.	661 sağlık hizmeti sağlayıcısı ve 217 hizmet alıcısı	Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin en yüksek düzeyde uygulandığı, bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisinin diğer hizmetlere göre daha düşük düzeyde uygulandığı, yıllık sağlık bütçesi ve nüfus yoğunluğu (küçük nüfuslu bölgelerde hizmetlerin uygulanma düzeyinin çok yüksek, büyük nüfuslu bölgelerde ise yüksek) gibi değişkenlerin hizmetlerin uygulanmasında önemli farklılıklar yarattığı görülmüştür.	En büyük zorluğun tıbbi malzeme, ilaç ve personel yetersizliği olduğu ve bunun giderilmesi gerektiği belirtilmiştir.	
Wali ve diğerleri (2022)	Suudi Arabistan/Riyad	COVID-19 pandemisi sırasında telefonla verilen antenatal bakım hizmetlerine yönelik hasta memnuniyetini değerlendirmek	King Abdul-Aziz Tıp Şehri, birinci basamak sağlık merkezinde 279 gebe kadın	Kadınların %90,3'ü Covid-19 pandemisi sırasında telefonla verilen antenatal hizmetlerden yüksek düzeyde memnun kaldığı ve toplam memnuniyet puanı 100 üzerinden ortalama 73,4±6,5 olduğu saptanmıştır.	Gelecekte yüz yüze hizmetlerle birlikte teknoloji tabanlı sağlık hizmetlerinin entegrasyonu önerilmiştir.	
Alsofyani ve diğerleri (2022)	Suudi Arabistan/Taif	Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri araştırmak	19 birinci basamak sağlık merkezinde hipertansiyon hastaları	Katılımcıların %86'sı yüksek ilaca uyumu gösterdiği, gelir düzeyi 5.000 Suudi Arabistan Riyalı veya daha yüksek olanların %66,4'ünün, yaşları 60 veya daha fazla olanların %58,4'ünün yüksek uyum gösterdiği saptanmıştır. Tedaviye uyumu etkileyen engeller arasında, ilaç kullanımına dair faktörler (%58,1), finansal faktörler (%22,2), ilaç bulunabilirliği (%15,8) ve ilaçların hastalığı kontrol etme konusundaki güvenilirlik (%13,3) olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, yaşı 65'in üzerinde olması ve aile üye sayısının fazla olması, ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak belirlenmiştir.	Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu artırmak amacıyla düzenli takiplerde hatırlatıcı mekanizmaların güçlendirilmesi ve sürekli danışmanlık verilmesi gerektiği önerilmiştir.	

Tablo 4. Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan araştırma özetleri (29-46) (Devamı)

Yazarlar (Tarih)	Ülke/ Şehir	Araştırmanın Amacı	Araştırmaya Alınan Grup	Bulgular	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili Öneriler
Abdul-Aziz ve diğerleri (2019)	Yemen/ Sana'a	Üreme çağındaki kadınlarda bakteriyel vajinoz, vulvovajinal kandidiyazis ve trikomoniyazis prevalansı ve risk faktörlerini incelemek	Birinci basamak sağlık merkezlerinde 347 üreme çağındaki kadın	Vajinal enfeksiyonlar kadınların %37.6'sında görüldüğü, en yaygın enfeksiyonun bakteriyel vajinoz (BV) (%27.2) olduğu, vulvovajinal kandidiyazis (VVC)'nin poligam evlilikle ilişkili olduğu belirlenmiştir.	BV ve VVC'in önlenmesi için sağlık eğitimi ve düzenli izleme gerekliliği vurgulanmıştır.
Wafula ve diğerleri (2019)	Uganda/ Kampala	Sağlık çalışanlarının sağlık atıkları (HCWs) yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını incelemek	8 birinci basamak sağlık merkezinde 200 sağlık çalışanı	Sağlık çalışanının HCWs konusunda %71,5'i yüksek bilgiye, %74,0'ı tatmin edici yönetim uygulamalarına ve %80,0'i uygun kişisel koruyucu ekipman kullanımına sahip olduğu tespit edilmiştir.	Sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitimlerin, düzenli denetimlerin ve uygun HCWs uygulamalarının teşvik edilmesinin önemi vurgulanmıştır.
Kaur ve diğerleri (2019)	Kanada/ Calgary	Birincil sağlık hizmetlerine mekansal erişimi farklı ulaşım modları (araba, toplu taşıma ve yürüyüş) açısından değerlendirmek	Calgary'de farklı ulaşım modları kullanan bireyler	Araçla erişimin en yüksek, toplu taşıma ile %11,1 ve yürüyerek %35,5 erişim sağlanabildiği gözlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin mekansal dağılımının eşit olmadığı, şehir merkezindeki bölgelerde daha yüksek erişim olduğu, şehir dışı bölgelerde bu erişimin azalmakta olduğu; düşük gelirli, yalnız yaşayan veya boşanmış bireylerin bu hizmetlere erişiminde ciddi zorluklar yaşadığı gözlenmiştir.	Toplu taşıma ve yaya yollarının altyapısının iyileştirilmesi veya yeni sağlık merkezlerinin inşa edilmesi önerilmiştir. Araç sahibi olmayan bireyler için sağlık hizmetlerine erişim oranlarının artırılmasının, genel sağlık erişimini iyileştirmek için kritik bir adım olduğu belirtilmiştir.
Day ve diğerleri (2011)	Avustralya/ Sidney	İğne kullanan uyuşturucu kullanıcıları (IDU) için hemşire liderliğinde zarar azaltma temelli birinci basamak sağlık hizmeti modelinin geliştirilmesi	417 IDU	200 bireyin %64.5'inin kan yoluyla bulaşan virüsler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için tarama amacıyla klinik başvurusu yaptığı, %90'ının en az bir takip ziyaretine katıldığı; IDU'ların genel pratisyenleri etkili kullanmadığı, kendine bakımın düşük öncelik taşıdığı ve kullanma şekillerinin genellikle rastgele (%25), kriz durumlarında (%30) ya da sadece belirli ihtiyaçlar (%20) doğrultusunda olduğu, genel pratisyenlerle yaşadıkları erişim engellerinin başında önceki olumsuz deneyimlerin (%40), randevu alma süreçlerinin (%35) ve düşmanca karşılamaların (%25) geldiği hemşirelerce belirtilmiştir.	IDU'ları genel pratisyenlerle ilişkilendirme çabasının büyük önem taşıdığı; hedeflenmiş hemşire liderliğindeki birincil sağlık hizmetlerinin önemli bir boşluğu doldurduğu, IDU'lara sağlık hizmeti sağlama ve erişim kolaylığı sağlama konusunda etkili olduğu belirtilmiştir.

Tablo 4. Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan araştırma özetleri (29-46) (Devamı)						
Yazarlar (Tarih)	Ülke/ Şehir	Araştırmanın Amacı	Araştırmaya Alınan Grup	Bulgular	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili Öneriler	
Du ve Zhao (2022)	Japonya/ Fukuoka	Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini Değişken İki Adımlı Hareketli Yakalama Alanı (V2SFCA) yöntemi [sağlık hizmetleri yakalama alanları (HCAs: healthcare catchment areas) ve nüfus yakalama alanları (PCAs: population catchment area)] ile değerlendirerek, erişim seviyelerini ve mekansal eşitsizlikleri belirlemek.	Fukuoka şehri sakinleri	Şehir merkezlerinde erişim oranının %80, banliyölerde %40 olduğu; sağlık hizmetleri yakalama alanlarının 500 ile 6.400 metre arasında, nüfus yakalama alanlarının ise 500 ile 3.000 metre arasında olduğu; farklı klinik türlerinin (İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Pediatri vb.) kapsama alanlarının değişiklik gösterdiği ve özellikle yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine olan yüksek talebin erişim sorunlarını belirgin hale getirdiği gözlenmiştir	Sağlık hizmetleri kaynaklarının daha adil bir şekilde dağıtılması ile arazi kullanım planlamasında çok boyutlu bir değerlendirme sisteminin önemi vurgulanmıştır. Klinik dağılımın optimize edilmesi ve erişim eşitsizliklerinin giderilmesi önerilmiştir.	
Guida ve Carpenteri (2021)	İtalya/ Milan	Covid-19 pandemisi sırasında yaşlı bireyler için birincil sağlık hizmetlerine erişimin kalitesini ölçen bir Coğrafi Bilgi Sistemleri (GIS: Geographic Information Systems) tabanlı metodoloji geliştirmek	Milan'daki yaşlı bireyler	Pandemide yüksek erişim seviyelerinin %9'dan %3'e düştüğü; pandemi koşullarında sağlık hizmetlerinin kısıtlanması ve toplu taşıma erişiminin azalması sonucu yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde büyük bir düşüş olduğu ve erişim koşullarının kötüleştiği, özellikle hastanelerin Covid-19 hastane merkezlerine dönüştürülmesinin yaşlılar için erişim koşullarını olumsuz etkilediği saptanmıştır.	Yaşlıların yürüyebilirliğini etkileyen kentsel ve çevresel faktörleri değerlendirmek, yeni ulaşım ve sağlık tesislerinin optimal yerleşimini belirlemek ve prosedürün uygulamasını ve sonuçların yorumlanmasını kolaylaştıracak bir web GIS aracı geliştirmek önerilmiştir.	

Kaynaklar

1. World Health Organization. Constitution. Available at: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> June 20, 2024
2. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. HASUDER Yayın no: 2018-3. ISBN: 978-605-66954-4-5. Birinci basım. Trakya Üniversitesi Matbaası; 2018
3. WHO. A basic health services package for Iraq. Ministry of Health. With the technical support from WHO funding UNDG ITF-EUROPEAN FUND. January 2009. Available at: https://applications.emro.who.int/dsaf/libcat/EMROPD_2009_109.pdf June 20, 2024
4. World Health Organization. Primary health care. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> June 20, 2024
5. The Sustainable Development Commission. What is sustainable development. Available at: <https://www.sd-commission.org.uk/pages/what-is-sustainable-development.html> June 21, 2024
6. UNDP. What are the Sustainable Development Goals? Available at: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals> June 21, 2024
7. Özcebe LH, Üner S, Yardım N. Sağlıklı Kent Bileşenleri ve Halk Sağlığı 8. Kentsel ve Bölgesel Araştırmalar Sempozyumu. 'Yeni Gelecekte Kentler ve Bölgeler: Değişen Dinamikler, Yeni Sorunlar, Değişim ve Dönüşümün Sunduğu Fırsatlar' Bildiri Kitabı. ISBN: 978-625-7327-04-6. Konya: 2-4 Aralık 2021; p. 347-60
8. World Health Organization. Social determinants of health. Available at: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 July 2, 2024
9. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Sağlık 2020: Yönetimler ve toplum arasında sağlık ve esenliğe yönelik eylemleri destekleyen Avrupa politika çerçevesi. ISBN: 978-605-85824-1-5. Basım yeri BURFAŞ; 2013. Available at: <https://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2013/10/TR-Health-2020.pdf> July 8, 2024
10. World Health Organization. Health promotion. Available at: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 June 21, 2024
11. World Health Organization. Health promotion. Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion> June 22, 2024
12. Altuntaş M, Özyurt M. Kentleşme ve sağlık harcamaları: Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma. Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2020; 11(22): 891-915
13. Türk Tabipleri Birliği. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı. ISBN 978-975-6984-92-5. Ankara. Haziran 2007
14. Ritchie H, Samborska V, and Roser M. Urbanization. Published online at Our World In Data. 2024. Available at: <https://ourworldindata.org/urbanization> June 30, 2024
15. World Health Organization. Healthy Cities: Effective approach to a rapidly changing world. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2020. Available at: <https://applications.emro.who.int/HCN/Resources/DownloadFile?filePath=%2FHCN%2FContent%2FUploads%2FHcnRepo%2FHealthyCities-EffectiveApproach%20%28002%29.pdf> June 30, 2024
16. World Health Organization. WHO European Healthy Cities Network. Available at: <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network> July 8, 2024
17. WHO European healthy cities network. What is a healthy city?. Available at: <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network> June 30, 2024
18. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health spending. Available at: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html> July 3, 2024
19. OECD. "Health expenditure by type of service", in Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. 2023. p.164-5. Available at: <https://doi.org/10.1787/8db7f06e-en> July 3, 2024
20. OECD. "Health expenditure on primary healthcare", in Health at a Glance 2023:

- OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. 2023. p.166-7 Available at: <https://doi.org/10.1787/3cd72eb1-en> July 3, 2024
21. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO.3. Available at: <https://population.un.org/wpp/Publications/> June 26, 2024
 22. Grover D. What is the demographic transition model?. Population education. A program of population connection. October 13, 2014. Available at: <https://populationeducation.org/what-demographic-transition-model/> June 30, 2024
 23. Roser M. Demographic transition: Why is rapid population growth a temporary phenomenon?. Published online at Our World In Data. 2023. Available at: <https://ourworldindata.org/demographic-transition> June 30, 2024
 24. McCracken K, Phillips DR. Demographic and epidemiological transition. The International Encyclopedia of Geography. 2017; p.1-8
 25. United Nations. Population Division. Highlights. World Population Ageing 2023. December 2023. Available at: <https://www.un.org/development/desa/pd/> June 26, 2024
 26. World Health Organization. The Global Health Observatory. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> July 3, 2024
 27. OECD. "Main causes of mortality", in Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. 2023. p.66-7. Available at: <https://doi.org/10.1787/216c1c0e-en> July 3, 2024
 28. Türk Tabipleri Birliği. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı. ISBN 978-975-6984-92-5. Ankara. Haziran 2007
 29. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidião MA & Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: An evaluation of the results of a programme. Journal of Epidemiology and Community Health 2010;64(12):1100–5. doi: <https://doi.org/10.1136/jech.2009.097220>
 30. Relvas GRB, Buccini GDS, & Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. Jornal de Pediatria 2019;95(5):584–92. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.004>
 31. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, & Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil Ciencia & Saude Coletiva, 2016;21(5):1399–408. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
 32. Li X, Krumholz HM, Yip W, Cheng KK, De Maeseneer J, Meng Q, Mossialos E, Li C, Lu J, Su M, Zhang Q, Xu DR, Li L, Normand ST, Peto R, Li J, Wang Z, Yan H, Gao R, Chunharas S, Hu S. Quality of primary health care in China: Challenges and recommendations. Lancet (London, England), 2020;395(10239):1802–12. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30122-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30122-7)
 33. Taxifulati Y, Wushouer H, Fu M, Zhou Y, Du K, Zhang X, Yang Y, Zheng B, Guan X, & Shi L. Antibiotic use and irrational antibiotic prescriptions in 66 Primary Healthcare Institutions in Beijing City, China, 2015-2018. BMC Health Services Research, 2021;21(1):832. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06856-9>
 34. Wushouer H, Du K, Chen S, Zhou Y, Zheng B, Guan X, & Shi L. Outpatient Antibiotic Prescribing Patterns and Appropriateness for Children in Primary Healthcare Settings in Beijing City, China, 2017-2019. Antibiotics (Basel, Switzerland), 2021;10(10):1248. doi: <https://doi.org/10.3390/antibiotics10101248>
 35. Babu BV, Swain BK, Mishra S, Kar SK. Primary healthcare services among a migrant indigenous population living in an eastern Indian city. J Immigr Minor Health. 2010;12(1):53-59. doi:10.1007/s10903-008-9181-z

36. Arsyad DS, Hamsyah EF, Qalby N, Qanitha A, Westerink J, Cramer MJ, Visseren FLJ, Doevendans PA & Ansariadi A. The readiness of public primary health care (PUSKESMAS) for cardiovascular services in Makasar city, Indonesia. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1112. Published 2022 Sep 1. doi:10.1186/s12913-022-08499-w
37. Adian YAP & Budiarto W. Literature review: The implementation of e-health at primary healthcare centers in Surabaya City. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume,* 2020;8(1):35-50. doi: 10.20473/jaki.v8i1.2020.40-55
38. Gella HB & Caelian MV. Implementation of Primary Healthcare Services in Community Health Stations in Highly Urbanized City. *Philippine Social Science Journal,* 2021;4(3):123-32. doi: <https://doi.org/10.52006/main.v4i3.385>
39. Wali R, Alhakami A, Alsafari N. Evaluating the level of patient satisfaction with telehealth antenatal care during the COVID-19 pandemic at King Abdul-Aziz Medical City, Primary Health Care Center, Specialized Polyclinic. *Womens Health (Lond).* 2022;18:17455057221104659. doi: <http://doi.org/10.1177/17455057221104659>
40. Alsofyani MA, Aloufi AO, Al-Qhtani NS, Bamansour SO, Almathkori RS. Factors related to treatment adherence among hypertensive patients: A cross-sectional study in primary healthcare centers in Taif city [published correction appears in *J Family Community Med.* 2023 Apr-Jun;30(2):148. doi: 10.4103/2230-8229.374047]. *J Family Community Med.* 2022;29(3):181-8. doi: http://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_153_22
41. Abdul-Aziz M, Mahdy MAK, Abdul-Ghani R, et al. Bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis and trichomonal vaginitis among reproductive-aged women seeking primary healthcare in Sana'a city, Yemen. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):879. Published 2019 Oct 22. doi: <http://doi.org/10.1186/s12879-019-4549-3>
42. Wafula ST, Musiime J, Oporia F. Health care waste management among health workers and associated factors in primary health care facilities in Kampala City, Uganda: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):203. Published 2019 Feb 18. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-019-6528-4>
43. Kaur Khakh A, Fast V, Shahid R. Spatial Accessibility to Primary Healthcare Services by Multimodal Means of Travel: Synthesis and Case Study in the City of Calgary. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(2):170. Published 2019 Jan 9. doi: <http://doi.org/10.3390/ijerph16020170>
44. Day CA, Islam MM, White A, Reid SE, Hayes S, Haber PS. Development of a nurse-led primary healthcare service for injecting drug users in inner-city Sydney. *Aust J Prim Health.* 2011;17(1):10-5. doi: <http://doi.org/10.1071/PY10064>
45. Du M and Zhao S. An Equity Evaluation on Accessibility of Primary Healthcare Facilities by using V2SFCA Method: Taking Fukuoka City, Japan, as a case study. *Land* 2022;11:640. doi: <https://doi.org/10.3390/land11050640>
46. Guida C, Carpentieri G. Quality of life in the urban environment and primary health services for the elderly during the Covid-19 pandemic: An application to the city of Milan (Italy). *Cities.* 2021;110:103038. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.103038>