



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

3. Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi

“Birinci Basamağın Temel Sağlık Hizmetleriyle Harmonizasyonu”

26-28 Mart 2026

Marmara Üniversitesi

Mehmet Genç Külliyesi

İSTANBUL



KONGRE KİTABI



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ KONGRE KİTABI

ISBN: 978-625-93705-2-1

DÜZENLEYENLER

Prof. Dr. Hasibe KADIOĞLU

Doç. Dr. Ayşegül ŞİMŞEK

Arş. Gör. Cansu NİRGİZ

YAYINCI

MARMARA SAĞLIK EĞİTİM VE

ARAŞTIRMA VAKFI YAYIN NO: 03/20226

LİSANS

Bu kitap “Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)” lisansı çerçevesinde yayınlanmaktadır.

ATIF

Yazar soyadı, Adının ilk harfi., (varsa diğer yazarlar)
& Yazar soyadı, Adının ilk harfi. (2026). Bildiri
Başlığı: 3. Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
Kongresi. MARSEV



3.ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER

Davet.....	4
Bilimsel Program	5
Kurullar.....	8
Konuşma Özetleri.....	10
Bildiri Özetleri.....	23
Çalıştay Özetleri.....	64
Çalıştay Raporları.....	85
Sonuç Bildirgesi.....	115



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Davet

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerli Çalışanları,

Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı (MARSEV) birinci basamak sağlık hizmetlerine ve birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitimine ve halkın sağlık eğitimine katkı sağlamak amacıyla hizmet veren bir vakıf kuruluşudur.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin daha nitelikli sunumu için Birinci Basamakta Farklı Sağlık Meslekleri ve Kurumları Arasında İş Birliği ve Koordinasyonuna odaklanan MARSEV, bu amaca yönelik olarak Marmara Üniversitesi Uygulama Araştırma Merkezi (MARAEK UYAM) ile iş birliği içinde çalışmakta, hekimlik ve hemşirelik/ebelik dışında birinci basamakta çalışmakta olan diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, diş hekimi başta olmak üzere, eczacılar, sosyal hizmet uzmanları ve esas yapılanması sağlık dışı olmakla birlikte işlevleri sağlığı etkileyecek tüm meslek mensuplarıyla, eğitici ve araştırmacılarıyla birlikte çalışmayı hedeflemektedir.

İlkini 7-9 Mart 2024 yılında yaptığımız Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi'ni (BiBaK), Medipol Üniversitesi'nin değerli katkılarıyla **“Birinci Basamakta Farklı Sağlık Meslekleri Arasında İş Birliği ve Koordinasyon”** teması ile, ikincisini 27 Şubat-1 Mart 2025 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi'nde **“Birinci Basamak Sağlık Profesyonellerini Güçlendirilmesi”** temasıyla gerçekleştirdik.

Her yıl düzenli olarak yapılmasını planladığımız BiBaK'ların üçüncüsünü ise 26-28 Mart 2026 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi'nde bu kez **“Birinci Basamağın Temel Sağlık Hizmetleriyle Harmonizasyonu”** başlığı altında yapıyoruz.

Kongrenin ana temasını Birinci Basamakta sunulan Temel Sağlık Hizmetleri ve bu başlığın altında, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri oluşturmaktadır. Bu hizmetler Ülkemizde büyük bir sağlık ordusu tarafından sunulmaktadır. Her birimin birbirinden öğreneceği pek çok klinik konu, paylaşabileceği engin deneyimi bulunmaktadır. Bu amaçla Kongremizde tüm birinci basamak çalışanlarına yönelik kurslar, atölye çalışmaları, seminer ve paneller ve araştırmalar için sözlü bildiri oturumları ve olgu tartışmaları olacaktır. Yurt dışından gelen, konusunda uzman konuklarımız bizlere entegre ve interprofesyonel birinci basamak hakkında konferanslar yapacaklardır.

Bu deneyimlerin paylaşılması ve birlikte öğrenme ortamının birinci basamağın temel sağlık hizmetleriyle harmonizasyonuna önemli katkı sağlayacağını düşünüyor, tüm birinci basamak sağlık çalışanlarını ve sağlık öğrencilerini bu bilimsel ortama katkılarını sunmak üzere Kongremize davet ediyoruz.

BiBaK'ların hepimizin kongresi olması dileğiyle BiBaK26'da buluşmak üzere,
Saygılar sunarız.

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Arzu UZUNER

Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı
(MARSEV) YK Başkanı

Prof. Dr. Pemra C UNALAN

Marmara Aile Hekimliği Uygulama ve
Araştırma Merkezi (MARAEK UYAM)
Müdürü



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

KONGRE PROGRAMI

26 MART 2026 PERŞEMBE

09.00-12.00

Kurslar

1. Birinci Basamakta Epilepsi Yönetimi Kursu
2. Study Protokol Kursu
3. Multidisipliner Çalışmada Geri Bildirim ve Refleksiyon Kursu
4. Birinci Basamakta Çocukluk Çağı Obezitesinin Multidisipliner Yönetimi Kursu

12.00-13.30

Öğle Yemeği

13.30 -14.30

Kongre Açılış Oturumu ve Açılış Konuşmaları

14.30-15.00

Kahve Arası

15.00-17.00

Panel-Mavi Salon

Birinci Basamakta Toplum Sağlığı Yaklaşımı: Ekip Temelli Hizmet ve Entegre Bakım

Moderatör: Prof. Dr. Mehmet Akman

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir

Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu

Prof. Dr. Can Öner

Dr. Toni Dedeu

27 MART 2026 CUMA

09.30-10.15

Konferans: Integration of Primary Care and Public Health: Achievements and Challenges

Moderator: Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın

Konuşmacı: Dr. Toni Dedeu

10.15-10.30

Kahve Arası

10.30-11.30

Münazara-Mavi Salon

Normal Doğum vs. Sezaryen Doğum

Moderatör: Prof. Dr. Pınar Topsever

Dr. Öğr. Üyesi Sezgi Güllü Erciyestepe

Dr. Furkan Kayabaşoğlu

Konferans-Sarı Salon

Bağışıklamada Güncel Durum

Moderatör: Doç. Dr. Ersin Şimşek

Konuşmacı: Prof. Dr. Serap Şimşek Yavuz

11.30-12.45

Workshop-Mavi Salon

Aşı Tereddütü/Karşıtlığı

Moderatör: Prof. Dr. Ayşe Ergün/Uzm. Dr. Hatice Rümeysa Selvi

Raportör: Arş. Gör. Gizem Bıdık

Workshop-Sarı Salon

Akademik Perspektiften Karabağ TYE Modeli: Toplum Yönelimli ve Meslekler Arası Eğitimin Geçerliliği Üzerine Bir Tartışma

Moderatör: Prof. Dr. Mehmet Akman

Raportör: Uz. Dr. Yasemin Doğan Kaya

Workshop- A Blok 1103

TAPV Kadın Sağlığında HIV Enfeksiyonu ve Tarama Süreçlerinde GDTM Yaklaşımı

Moderatör: Nurşen Kambur/Doç. Dr. Rabia Can

Raportör: Uzm. Dr. İrem Gelgeç Cingöz

	Workshop: A Blok 1104 Yaratıcı Yazarlık/Edebiyatta Tıp Moderatör: Yazar Tarık Tufan Raportör: Dr. Öğr. Üyesi Duygu Altıparmak Workshop: A Blok 1105 Kadın Sağlığı ile İlgili Adli Konularda Hukukçular Sağlıkçılardan Ne Bekliyor? Moderatör: Av. Diren Cevahir Şen; Gülyeter Aktepe/Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın Raportör: Arş. Gör. Dilara Çın Workshop: A Blok 1106 Birinci Basamakta Gebe ve Aile İzleminde Mindfulness Temelli Kısa Klinik Müdahaleler: Uygulamalı Bir Atölye Moderatör: Dr. Öğr. Üyesi Ebru Sağıroğlu Raportör: Arş. Gör. Cansu Nirgiz
12.45-13.45	Öğlen Yemeği
13.45-15.00	Workshop- Mavi Salon Güncellenmiş Kadına Yönelik Şiddeti (KYŞ) Önleme Algoritmasının Vak'a Üzerinden Tartışılması Moderatör: Doç. Dr. Özlem Can Gürkan / Uzm. Ayşe Tek Taşlıoğlu Raportör: Uzm. Dr. Nazire Öncül Börekçi Workshop- A Blok 1103 Birinci Basamakta Gebe Okullarının Yönetimi Moderatör: Dr. Emrullah Şanlan Raportör: Uzm. Dr. Semanur Şahin Workshop- A Blok 1104 Ciltaltı Yerleştirilen Kontraseptif Yöntem, Uygulama Moderatör: Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural Raportör: Uzm. Dr. Laçın Aksoy Workshop- A Blok 1105 Prekonsepsiyonel Bakım Rehberi Moderatörler: Uzm. Dr. Işık Gönenç/Dr. Öğr. Üyesi İrem Nur Özdemir Raportör: Uzm. Dr. Semanur Şahin Workshop- A Blok 1106 Kanser Taramalarında Birinci Basamağın Önemi ve Hizmetlerin Güçlendirilmesi Moderatörler: Prof. Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın; Uzm. Dr. Fatma Burcu Doğanç Raportör: Doç. Dr. Ayşegül Şimşek Sözel Sunum I- Sarı Salon
15.00-15.15	Kahve Arası
15.15-16.15	Panel- Mavi Salon Dezavantajlı Grupların Temel Sağlık Hizmetlerine Erişimi Moderatör: Prof. Dr. Sebahat Gözüm Güç Koşullar Altındaki Kadın ve Çocuklar- Doç. Dr. Seher Yurt Engellilerin Temel Sağlık Hizmetlerine Erişim-Prof. Dr. Kamer Gür Birinci Basamakta Dezavantajlı Gruplar İçin Yapılanlar, Yapılması Gerekenler- Uzm. Dr. Senem Aslan Sözel Sunum II-Sarı Salon Moderatör: Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç; Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal
16.15-17.00	Workshop raporlarının Sunumu-Mavi Salon Moderatörler: Prof. Dr. Saime Erol; Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

	Sözel Sunum III- Sarı Salon Moderatör: Prof. Dr. Kamer Gür; Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban
28 MART 2026 CUMARTESİ	
09.30-10.30	Konferans-Mavi Salon PaRIS Bulguları Işığında Birinci Basamağa Yeni Bir Bakış: Hasta Sonuçları ve Deneyimleri Üzerinden Çok Profesyonelli Yaklaşımlar Moderatör: Prof. Dr. Arzu Uzuner Konuşmacı: Prof. Dr. Candan Kendir
	Sözel Sunum IV- Sarı Salon Moderatör: Dr. Öğr. Üyesi Güleren Sabuncular; Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin
10.30-11.00	Kahve Arası
11.00-12.30	Workshop: TAHUD Oturumu-Mavi salon Birinci Basamakta Dijital Teknolojilerin Kullanımı Moderatörler: Doç. Dr. Didem Kafadar- Uzm. Dr. Demet Yılmaz Raportör: Arş. Gör. Cansu Nirgiz
	Workshop-Sarı salon ASM, TSM ve SYM arasındaki iş birliğinin geliştirilmesi Moderatör: Uzm. Dr. Burcu Başaran Güngör / Doç. Dr. Ayşegül Şimşek Raportör: Uzm. Dr. İrem Gelgeç Cingöz
	Workshop- A Blok 1104 Yeni Başlayanlar için Aile Hekimliği 101 Moderatör: Uzm. Dr. Emrah Kırımlı Raportör: Dr. Çağrı Girit
	Workshop- A Blok 1105 Uygulamada Davranışçı Yaklaşım: Zorluklar, Çözümler Moderatörler: Prof. Dr. Serap Çifçili-Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın
	Workshop- A Blok 1106 Birinci Basamakta İnfertilite Farkındalığı ve Fertilite Koruyucu Yaklaşımlar Moderatörler: Dr. Öğr. Üyesi Melek Ersoy Cingi, Hem. Hatice Özkan Raportör: Arş. Gör. Melisa Koç
	Sözel Sunum V- A Blok 1103 Moderatör: Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu; Prof. Dr. Nurver Sipahioğlu
12.30-13.30	Workshop raporlarının sunumu-Mavi salon Moderatörler: Doç. Dr. Gülten Karahan Okuroğlu, Prof. Dr. Dilek Güldal
13.30-14.00	Kongre Raporu Sunumu Kongre Kapanış Konuşması Teşekkür ve Bildiri Ödülleri



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

KURULLAR

KONGRE BAŞKANLARI	
Prof. Dr. Arzu Uzuner	Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı (MARSEV)
Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
DÜZENLEME KURULU	
Başkanı: Prof. Dr. S. Serap Çifçili	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
BİLİMSEL SEKRETARYA	
Dr. Öğr. Üyesi Yüksel Duygu Altıparmak	Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Ayşegül Şimşek	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Arş. Gör. Gizem Bıdık	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
DÜZENLEME KURULU ÜYELERİ	
Prof. Dr. Kamer Gür	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Sebahat Gözüm	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Meltem Demirgöz Bal	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Seher Yurt	Kent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Şule Aktaş	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Doç. Dr. Zeliha Burcu Yurtsal	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Arş. Gör. Dilara Çın	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Uzm. Dr. Emrah Kırımlı	Ümraniye Merkez Aile Sağlığı Merkezi
Uzm. Dr. Yasemin Doğan Kaya	Jandarma Üsteğmen Rahim Çelik Aile Sağlığı Merkezi
Uzm. Dr. İrem Gelgeç Cingöz	Trabzon Maçka Ali Kemal Aktürk Toplum Sağlığı Merkezi
Uzm. Dr. Laçın Aksoy	Pendik 30. Nolu Aile Sağlığı Merkezi



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Uzm. Dr. Nazire Öncül Börekçi	Kartal Soğanlık Aile Sağlığı Merkezi
Hayrettin Ertürk	Atlasec Teknoloji San.Tic.A.Ş
BİLİMSEL KURUL	
Başkan: Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu	Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Ayşe Ergün	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. M. Çiğdem Apaydın Kaya	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Tahud Genel Başkanı
Prof. Dr. Mehmet Akman	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Mehveş Tarım	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Nafiz Bozdemir	Aile Hekimliği Akademisi Derneği, Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Saime Erol	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Sibel Sakarya	Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Şanda Çalı	Yakın Doğu Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doç. Dr. Fatma Nevin Şişman	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Gülten Okuroğlu	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doç. Dr. Çağrı Çövenler Özçelik	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Doç. Dr. Özlem Can Gürkan	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Sabah Tüzün	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural	Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi
Dr. Öğr. Üyesi Güleren Sabuncular	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı



3.ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

KONUŞMA ÖZETLERİ

26 Mart 2026- PANEL- MAVİ SALON

Birinci Basamakta Toplum Sağlığı Yaklaşımı: Ekip Temelli Hizmet ve Entegre Bakım

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir

**Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi
Aile Hekimliği Akademisi Derneği**

Halk sağlığı; bireylerden ziyade toplumun tamamının sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve hastalıkları önlemeyi amaçlayan bir bilim ve uygulama alanıdır.

çevre koşullarını iyileştirme, bulaşıcı hastalıkları kontrol altına alma, bireylere sağlık bilgisi kazandırma ve sağlık hizmetlerini organize etme yoluyla hastalıkları önleme, yaşam süresini uzatma ve toplum sağlığını geliştirme sanatı ve bilimidir.

Halk Sağlığının temel işlevlerini

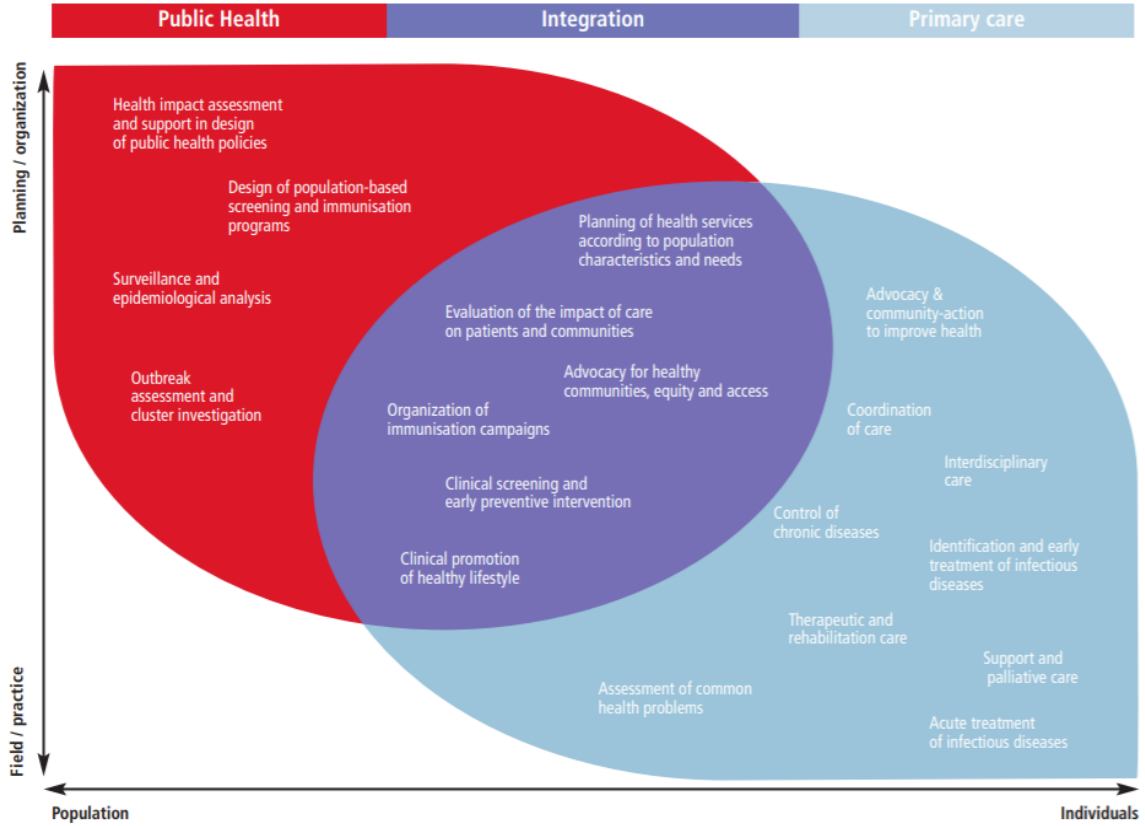
1. Sağlık durumunun değerlendirilmesi
2. Sağlık sorunlarının belirlenmesi ve önceliklendirilmesi
3. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi
4. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi
5. Sağlık eğitimi ve toplum bilinçlendirme
6. Çevre sağlığının korunması
7. Erken tanı ve tarama programları başlıklarında toplayabiliriz.

Toplum hekimliğini Prof.Dr.Nusret Fişek “ Kişiyi tüm çevresiyle ele alarak, onun sağlığını ana rahmine düştüğü andan ölümüne kadar kendi sorumluluğu içinde gören, sağlamların hastalanmamasına, hastalıkların oluşumunda rol oynayan fiziksel, biyolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik çevredeki olumsuz etmenlerin giderilmesine ve olumlu bir çevre yaratılmasına uğraşan, hasta olanların olanakların elverdiği ölçüde erken dönemde bulup tanı koymaya ve tedavi etmeye çalışan bir hizmet dalıdır.” diye tanımlamıştır.

Alma Ata bildirgesinde (1978). Temel Sağlık Hizmetleri “ insanların ihtiyaçlarına odaklanarak , sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemeden; tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar uzanan süreklilik boyunca mümkün olan en erken aşamada ve insanların günlük yaşam ortamına mümkün olduğunca yakın bir şekilde, mümkün olan en yüksek sağlık ve refah düzeyini ve bunların eşit dağılımını sağlamayı amaçlayan, toplumun tamamını kapsayan bir sağlık yaklaşımıdır.” olarak tanımlanmış ve bu tanım halen geçerliliğini korumaktadır.

Toplum temelli birinci basamak (COPC)tanımını, Abramson ve Kark “Belirli bir toplumun sağlık sorunlarını tanımlayıp önceliklendiren, bu sorunlara yönelik planlı müdahaleler geliştiren ve sonuçlarını değerlendiren, klinik hizmet ile halk sağlığı yaklaşımını birleştiren bir sağlık hizmet modelidir” diye yapmıştır. Temel özellikleri olarak; 1. Toplum odaklıdır, 2. Veriye dayanır, 3. Önleyici yaklaşım ağırlıklıdır, 4. Sürekli ve sistematiktir, 5. Katılımcıdır olarak önerilmiştir.

Figure 1: Interaction between public health and primary care



Source: Levesque et al., 2013.

Harmonizasyon; Farklı sistemlerin, süreçlerin, kuralların veya uygulamaların uyumlu hale getirilmesi ve birlikte sorunsuz çalışmasının sağlanması anlamına gelir. Sağlıkta harmonizasyon; Farklı sağlık kurumlarının (aile hekimliği, hastaneler, toplum sağlığı merkezleri) aynı hedef doğrultusunda, koordineli ve uyum içinde çalışmasıdır.

Entegrasyon ise; Sağlık hizmetlerinin farklı düzeyleri, kurumları ve faaliyetlerinin birbiriyle uyumlu ve koordineli şekilde çalışmasıdır. Amaç, toplumun sağlık ihtiyaçlarını daha etkili, sürekli ve kapsamlı biçimde karşılamaktır. Sağlıkta entegrasyon olarak; 1. Hizmet Düzeyleri Arasında Entegrasyon, 2. Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetlerin Entegrasyonu 3. Kurumlar Arası İş Birliği 4. Toplum Katılımı 5. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Entegrasyonu örnekleri verilebilir.

Sağlık hizmetlerinde harmonizasyon örnekleri olarak; 1. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile halk sağlığı programlarının uyumlu çalışması, 2. Aşı programlarının ulusal ölçekte standartlaştırılması, 3. Bulaşıcı hastalık bildirim sistemlerinin birleştirilmesi, 4. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesi, 5. Sağlık veri sistemlerinin uyumlaştırılması, 6. Sağlık eğitim programlarının ortak yürütülmesi verilebilir.

Türkiye’de harmonizasyon sorunları olarak; 1. Kurumsal ayrışma, 2. Hizmetlerin tedavi ağırlıklı olması, 3. İş yükü ve personel sorunları, 4. Veri paylaşımı ve bilgi sistemleri sorunları, 5. Yerel halk sağlığı planlamasının zayıf olması, 6. Performans sisteminin etkileri sayılabilir.



26 Mart 2026- PANEL- MAVİ SALON

Birinci Basamakta Toplum Sağlığı Yaklaşımı: Ekip Temelli Hizmet ve Entegre Bakım

Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu

Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Dünya genelinde sağlık göstergelerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, bulaşıcı olmayan hastalıklar, ruh sağlığı sorunları ve sağlık eşitsizlikleri giderek artan bir yük oluşturmaya devam etmektedir. Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2023 verileri, özellikle iskemik kalp hastalıkları, inme ve diyabetin önemli hastalık yükü kaynakları olduğunu; anksiyete ve depresif bozukluklarda ise dikkat çekici artışlar yaşandığını göstermektedir. Buna karşın, son yarım yüzyılda Alma-Ata Bildirgesi, “Herkesin Sağlığı”, Milenyum Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri gibi birçok uluslararası girişime rağmen sağlıkla ilgili temel sorunların istenilen düzeyde çözülmediği görülmektedir. Çünkü sağlık sorunlarının nedenleri çoğu zaman sağlık sisteminin dışında yer almakta ve mevcut yaklaşımlar bu kök nedenleri yeterince hedefleyememektedir. Sağlık sorunlarının sürmesinde dört temel etken öne çıkmaktadır. Bunlar, eşitsizlikleri derinleştiren ekonomik yapı, tedavi odaklı sağlık sistemleri, biyomedikal yaklaşımın baskın olduğu sağlık eğitimi ve toplumsal katılımın yetersizliğidir. Hastalıkların önemli bir bölümü sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle yalnızca tıbbi müdahalelerle kalıcı iyileşme sağlanması zor görünmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığını geliştirmede en stratejik alanlardan biridir. Ancak bu hizmetlerin etkili olabilmesi için disiplinlerarası ekip çalışmasına, toplum katılımına ve entegre bakım modellerine dayalı olarak yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Literatürde yer alan güncel çalışmalar, yapılandırılmış disiplinlerarası eğitimin ekip çalışması ve iş birliği becerilerini geliştirdiğini göstermektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin yalnızca mevcut sorunları çözmeye değil, daha adil ve sürdürülebilir sağlık sistemleri tasarlamaya yönelik yaratıcı düşünme becerilerinin desteklenmesi gerekmektedir. Sonuç olarak, sağlık sorunlarının çözümü yalnızca hastalıkların tedavisine değil, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına, koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesine, disiplinlerarası iş birliğinin geliştirilmesine ve toplumun karar süreçlerine aktif katılımının sağlanmasına da bağlıdır. Birinci basamakta ekip temelli ve entegre bakım yaklaşımı, sürdürülebilir sağlık hedeflerine ulaşmada önemli bir fırsat sunmaktadır.

26 Mart 2026- PANEL- MAVİ SALON

Birinci Basamakta Toplum Sağlığı Yaklaşımı: Ekip Temelli Hizmet ve Entegre Bakım

Aile Hekimliği ile Halk Sağlığının Harmonizasyonu: Aynı Kaynaktan Doğan, Aynı Denize Akan İki Nehir

Prof. Dr. Can Öner

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Giriş:

Aile hekimliği ve halk sağlığı disiplinlerinin temel amacı toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, hastalıkları önlemek, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti güçlendirmek ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Bu açıdan düşünüldüğünde aile hekimliği ve halk sağlığı arasındaki ilişki aynı kaynaktan doğan, farklı güzergâhlardan ilerleyen ancak sonunda aynı denize ulaşan iki nehre benzetilebilir. İki disiplinde ortak amaca doğru ilerlerken bu amaca ulaşmak için farklı ölçekler kullanırlar. Aile hekimliği bireyi ve aileyi merkeze alır diğer bir deyişle sorunun temelini hasta ve ailesini koyar. Aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri arasında ilk temas noktası olması, kişi merkezilik, kapsamlılık, süreklilik ve sağlık hizmetleri arasında koordinasyon bulunmaktadır. Aile hekimi kişiyi yalnızca belirli bir hastalık üzerinden değerlendirmez. Bireyin akut ve kronik sağlık sorunlarını, ailesini, yaşam koşullarını ve içinde bulunduğu toplumsal çevreyi birlikte ele alır.¹ Buna karşılık halk sağlığı toplumu ve toplum içindeki sağlık örüntülerini esas alır, tek tek bireylerin sağlık sorunlarından hareketle toplumdaki genel örüntüyü anlamaya çalışır ve geniş bir bakış açısıyla önlemler üretir. Hastalıkların hangi gruplarda daha sık görüldüğünü, sağlık hizmetlerinden kimlerin yeterince yararlanmadığını, çevresel ve sosyal koşulların sağlığı nasıl etkilediğini ve sınırlı kaynakların hangi alanlarda öncelikli olarak kullanılması gerektiğini ortaya koyar.

Bu farklılık zaman zaman iki alanın birbirinden uzak, hatta birbirine alternatif yapılar şeklinde değerlendirilmesine yol açmaktadır. Oysa aile hekimliği ile halk sağlığı aynı işi yapan iki rakip alan değildir. Aksine, birbirlerinin görüş alanını tamamlayan iki disiplindir. Aile hekimliği bireyin sağlık sistemi içindeki sürekliliğini sağlarken, halk sağlığı bireyin içinde yaşadığı toplumun risklerini, eşitsizliklerini ve önceliklerini görünür hale getirir. Klasik ifadeyle aile hekimliği ile halk sağlığı birbirinin müttemmim cüzüdür.

Bu iki bakış açısının birbirinden kopması önemli bir kayba neden olur. Yalnızca bireye odaklanıldığında toplum düzeyindeki riskler ve eşitsizlikler gözden kaçabilir. Yalnızca toplum verilerine odaklanıldığında ise bu verilerin tek tek insanların hayatındaki karşılığı yeterince görülemeyebilir. Bireyin sağlık sorunu toplumdan bağımsız olmadığı gibi, toplum sağlığı da birbirinden bağımsız kişilerin toplamından ibaret değildir.

Örneğin diyabeti, hipertansiyonu ve obezitesi bulunan, yalnız yaşayan ve düzenli kontrole gelemeyen yaşlı bir kişiyi düşünelim. Aile hekimliği açısından bu kişinin kan basıncının, kan şekereğinin, kullandığı ilaçların ve komplikasyon risklerinin değerlendirilmesi gerekir. Ancak kişinin sağlık kuruluşuna ulaşamaması, yeterli sosyal desteğinin bulunmaması veya sağlıklı gıdaya erişiminin sınırlı olması yalnızca klinik kararlarla çözülemez. Halk sağlığı yaklaşımı, benzer sorunları yaşayan kişilerin hangi bölgelerde yoğunlaştığını ve hangi toplumsal koşullar nedeniyle sağlık hizmetlerinin dışında kaldığını gösterebilir. Etkili bir müdahale ise ancak iki bakış açısı bir araya geldiğinde ortaya çıkacaktır.

Aile hekimliği ile halk sağlığı arasındaki yakınlaşma yeni bir tartışma değildir. Bununla birlikte günümüzün sağlık gereksinimleri bu tartışmayı daha önemli ve ivedi hale getirmektedir. Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması, birden fazla hastalığın aynı kişide birlikte görülmesi

ve sağlık sorunlarının sosyal belirleyicilerle olan ilişkisinin daha görünür hale gelmesi, yalnızca hastalık odaklı ve parçalı hizmet modellerinin yeterliliğini azaltmaktır. Birinci basamak açısından güncel sorun yalnızca sağlık hizmetlerinin yetersizliği değildir. Aynı zamanda hizmetlerin birbirinden kopuk biçimde yürütülmesidir. Koruyucu hizmetlerin, klinik izlemin, sosyal desteklerin ve toplum düzeyindeki risk yönetiminin farklı birimler tarafından yürütülmesi doğaldır. Ancak bu birimler arasında veri, geri bildirim ve ortak iş akışı bulunmadığında kişi sağlık sistemi içinde parçalı bir hizmetle karşılaşmaktadır. Bu durum özellikle kronik hastalıkların yönetiminde belirgindir. Hastanın tetkikleri yapılabilir, reçetesi düzenlenebilir ve verileri sisteme kaydedilebilir. Buna karşılık kontrolü bozuk olanların kimler olduğu, hangi bölgelerde yoğunlaştığı ve neden düzenli izlenemediği belirlenmiyorsa, elimizde çok sayıda kayıt bulunmasına rağmen gerçek anlamda işleyen bir sağlık bilgisi sistemi bulunmuyor demektir.

Harmonizasyon nedir?

Harmonizasyon, farklı yapıların, mesleki alanların veya hizmet birimlerinin kendi özgünlüklerini koruyarak ortak amaçlar doğrultusunda uyumlu, tamamlayıcı ve koordineli biçimde çalışmasıdır. Harmonizasyon, mutlaka yapısal birleşme ya da tek bir örgüt altında toplanma anlamına gelmez; ortak dilin geliştirilmesini, rollerin netleştirilmesini, bilgi ve veri paylaşımının sağlanmasını, iş akışlarının birbirini desteklemesini ve ortak hedeflere yönelik eşgüdümlü hareket edilmesini ifade eder. Bu açıdan iki disiplin için sorulması gereken temel soru “Bu iki alan birleşmeli mi?” sorusundan çok, “Hangi ortak faaliyet için hangi düzeyde iş birliğine ihtiyaç vardır?” sorusudur. Harmonizasyon yapısal benzerlik değil, işlevsel uyumdur. Kurumların isimlerinin, bağlı oldukları idari yapıların veya organizasyon şemalarının aynı olması zorunlu değildir. Önemli olan ortak hedeflerin belirlenmesi, sorumlulukların açık biçimde paylaşılması ve hizmetin bireyin gereksinimleri etrafında kesintisiz hale getirilmesidir.

Her sağlık hizmeti aynı yoğunlukta bir entegrasyon gerektirmez. Aşılama hizmetlerinde hedef nüfusun belirlenmesi, eksik aşıları kişilerin aile hekimine bildirilmesi ve geri çağırma sisteminin kurulması yeterli olabilir. Buna karşın kronik hastalıkların yönetiminde ise ortak risk sınıflaması, düzenli izlem, veri paylaşımı ve klinik geri bildirim gerekir. Kırılgan gruplara erişimde aile hekimi, hemşire, halk sağlığı birimleri, sosyal hizmetler ve yerel yönetimler arasında daha güçlü ve sürekli bir iş birliğine ihtiyaç duyulabilir. Bu nedenle entegrasyon tek bir son noktadan çok, farklı düzeyleri bulunan bir süreç olarak ele alınmalıdır. Bu süreç izolasyondan başlayarak örtüşme, iş birliği, kolaborasi ve kurumsal birleşmeye kadar uzanabilir. Güncel bir çerçevede de halk sağlığı ile birinci basamak arasındaki bütünleşmenin, faaliyetlerin niteliğine ve gereksinimin düzeyine göre kurulması gerektiği; tüm yapıların tek bir organizasyon altında birleşmesinin her sistem için gerekli veya arzu edilen son nokta olmadığı belirtilmektedir.²

Harmonizasyonda neredeyiz?

Türkiye’de aile hekimliği ile halk sağlığının tamamen birbirinden izole biçimde çalıştığını söylemek doğru olmayacaktır. Aşılama, bulaşıcı hastalıkların bildirimi, anne ve çocuk sağlığı izlemleri, kanser taramaları ve bazı kronik hastalık programları iki alanın temas ettiği başlıca çalışma alanlarıdır. Bununla birlikte bu temasın her zaman kurumsallaşmış ve çift yönlü bir iş birliğine dönüştüğünü söylemek de güçtür. Pek çok uygulamada aile hekimliği birimleri veri üreten ve bildirim yapan; halk sağlığı birimleri ise bu verileri toplayan ve değerlendiren yapılar olarak çalışmaktadır. Ancak üretilen verinin aile hekimine anlamlı, zamanında ve eyleme dönüştürülebilir bir geri bildirim olarak dönmesi çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle bugün bulunduğumuz noktayı, birçok alanda örtüşme ile iş birliği arasında değerlendirmek daha gerçekçidir. Her iki disiplinin ortak amaçları ve ortak faaliyetleri vardır. Buna karşılık veri paylaşımı, geri bildirim mekanizmaları ve yerel ortak iş akışları her alanda sistematik hale gelmemiştir. Bu durum mevcut yapının başarısız olduğu anlamına gelmez. Aksine, elimizde iş birliğini geliştirebileceğimiz önemli bir zemin bulunduğunu gösterir. Ancak mevcut ilişki büyük ölçüde kişisel bağlantılara, yerel inisiyatiflere ve dönemsel projelere dayanıyorsa sürdürülebilirlik sınırlı kalacaktır. İyi uygulamanın kişilere bağlı olmaktan çıkarılıp sistemin olağan işleyişi haline getirilmesi gerekir.

Bir üst basamağa geçişi için kullanılabilecek kaldıraçlar^{3,4}

Aile hekimliği ile halk sağlığı arasında daha güçlü bir uyumun kurulabilmesi için büyük yapısal değişikliklerden önce bazı temel işlevlerin güçlendirilmesi gerekir. Bunların ilki ortak

önceliklerin belirlenmesidir. Her sorunu aynı anda çözmeye çalışmak yerine, toplum sağlığı açısından etkisi yüksek ve ortak çalışmaya uygun sınırlı sayıda alan seçilmelidir. Aşılama, kronik hastalık izlemi ve kırılğan gruplara erişim bu açıdan uygun başlangıç alanları olabilir.

İkinci kaldiraç verinin çift yönlü ve eyleme dönük hale getirilmesidir. Veri paylaşımı yalnızca aile hekiminden merkezi sisteme doğru ilerleyen tek yönlü bir bildirim süreci olmamalıdır. Toplanan veriler analiz edilmeli; yüksek riskli kişiler, hizmet açığı bulunan bölgeler ve izlemiden kopan gruplar belirlenerek sahaya geri bildirilmelidir. Veri ancak bir sonraki sağlık eylemini yönlendirdiğinde gerçek anlamını kazanır.

Üçüncü kaldiraç rol paylaşımının netleştirilmesidir. Hedef grubu kimin belirleyeceği, kişiye kimin ulaşacağı, ilk değerlendirmeyi kimin yapacağı, izlemin kim tarafından sürdürüleceği ve sonuçların hangi birime bildirileceği açık olmalıdır. Görevlerin belirsiz kaldığı sistemlerde sorumluluk kolaylıkla birimler arasında kaybolmaktadır.

Dördüncü kaldiraç yerel ve uygulanabilir iş akışlarının oluşturulmasıdır. Merkezi düzeyde belirlenen genel hedefler önemlidir; ancak hizmetin gerçek karşılığı ilçe, mahalle ve aile sağlığı birimi düzeyinde ortaya çıkar. Aynı iş birliği modeli her bölgenin gereksinimine uymayabilir. Bu nedenle ulusal ilkeler korunurken yerel gereksinimlere göre uyarlanabilecek sade iş akışlarına ihtiyaç vardır.

Ortak eğitim ve ortak dil

Aile hekimliği ile halk sağlığının harmonizasyonu yalnızca hizmet sunumu üzerinden tartışılmamalıdır. İş birliğinin sürdürülebilir hale gelmesinde eğitim önemli bir başlangıç noktasıdır. İki alanın uzmanları birbirlerinin temel yaklaşımını, kullandıkları dili ve karşılaştıkları güçlükleri yeterince tanımadan ortak çalışma kültürü geliştiremezler. Aile hekimliği eğitimi içinde toplum yönelimli bakım, nüfus verilerinin kullanımı ve sağlık eşitsizlikleri daha görünür hale getirilmelidir. Halk sağlığı eğitiminde ise bireysel klinik kararların, süreklilik ilişkisinin ve birinci basamak uygulamasının gerçek koşulları daha fazla yer almalıdır. Ortak saha uygulamaları, birlikte yürütülen araştırmalar ve ortak eğitim programları iki disiplin arasındaki mesafeyi azaltabilir. Ancak ortak eğitim, iki uzmanlık alanının kimliğini ortadan kaldırmak anlamına gelmez. Farklılaşma kopuş değildir. Tam tersine, ortak bir temel üzerinde farklı ölçeklerde sorumluluk üstlenilmesini sağlar. Daha geniş bir toplum hekimliği veya güncel ifadeyle “population health” yaklaşımı iki alan için ortak bir ufuk oluşturabilir. Ancak bunun ilk adımı yeni bir uzmanlık yapısı kurmak değil, ortak bir düşünme ve çalışma zemini oluşturmaktır.

Sonuç

Aile hekimliği ile halk sağlığı aynı amaca farklı ölçeklerden yaklaşan iki tamamlayıcı alandır. Aile hekimliği bireyin ve ailenin sürekliliğini sağlarken, halk sağlığı toplumdaki riskleri, eşitsizlikleri ve öncelikleri görünür hale getirir. Bu iki yaklaşım birbirinden koptuğunda hem bireysel bakım hem de toplum sağlığı eksik kalmaktadır. Harmonizasyonun amacı ise ortak çalışma alanlarında işlevsel uyumu sağlamaktır. Bunun için ortak önceliklerin belirlenmesi, rollerin netleştirilmesi, verinin çift yönlü bir geri bildirim döngüsüne dönüştürülmesi ve yerel düzeyde uygulanabilir iş akışlarının kurulması gerekir. Başta kullanılan nehir benzetmesine dönecek olursak; aile hekimliği ile halk sağlığının aynı denize aktığını söylemek tek başına yeterli değildir. Asıl mesele, yol boyunca birbirlerinin bilgisini taşıyabilmeleri, birbirlerinin eksik bıraktığı alanları tamamlayabilmeleri ve aynı hedefe ulaşırken birbirlerinin gücünden yararlanabilmeleridir.

Kaynakça

1. WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. 2023 ed. Ljubljana: WONCA Europe; 2023.
2. Allen LN, Rechel B, Alton D, Pettigrew LM, McKee M, Pinto AD, et al. Integrating public health and primary care: a framework for seamless collaboration. BJGP Open. 2024;8(4):BJGPO.2024.0096. doi:10.3399/BJGPO.2024.0096.
3. Rechel B. How to Enhance the Integration of Primary Care and Public Health? Approaches, Facilitating Factors and Policy Options. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
4. Institute of Medicine. Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.

27 Mart 2026- PANEL- MAVİ SALON

Dezavantajlı Grupların Temel Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Güç Koşullar Altındaki Kadın ve Çocuklar

Doç. Dr. Seher Yurt

Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Dezavantajın evde başlayan yüzü: sağlığın sosyal belirleyicileri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve toplum temelli dönüşüm deneyimleri

Saygıdeğer Kongre Başkanı ve düzenleme komitesi,

Değerli katılımcılar,

Bir çocuğun sağlığı nerede başlar?

Hastanede mi?

Aile sağlığı merkezinde mi?

Yoksa çok daha önce, yaşadığı evde mi?

Bugün sizleri bir istatistikten değil, bir evden başlayan hikâyeden söz ederek düşünmeye davet etmek istiyorum. Sabahın ilk ışıklarıyla uyanan bir çocuk düşünelim. Yaşadığı ev fiziksel olarak güvenli olmayabilir. Beslenme yetersiz olabilir. Sessizce hazırlanıp okula gitmek yerine önce temel ihtiyaçların karşılanması gerekebilir. İşte tam bu noktada sağlık; klinikte değil, yaşamın içinde şekillenmeye başlar. Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı bize göstermektedir ki bireyin sağlık düzeyi yalnızca biyolojik özellikleriyle değil; gelir düzeyi, eğitim olanakları, çalışma koşulları, sosyal destek sistemleri, yaşadığı çevre ve hizmetlere erişim kapasitesiyle şekillenmektedir. Bu nedenle yoksulluk yalnızca ekonomik bir durum değildir. Yoksulluk; eğitime erişimin azalmasıdır, koruyucu sağlık hizmetlerinin gecikmesidir, erken yaşta Sorumluluk yüklenmesidir, sosyal dışlanmadır ve çoğu zaman kuşaktan kuşağa aktarılan eşitsizlik döngüsüdür. Bir süre sonra dezavantaj yalnızca bireyin değil; ailenin, mahallenin ve toplumun ortak yüküne dönüşür. Bu durumu bazen bir metaforla açıklamayı tercih ediyorum.

Dezavantajla mücadele, Pac-Man oyununa benzer. Oyuncu ilerlemek ister; ancak karşısına sürekli yeni engeller çıkar. Yoksulluk, düşük sağlık okuryazarlığı, eğitim eşitsizliği, güvencesizlik ve sosyal dışlanma bireyin önündeki hayaletler gibidir. Bireyin yalnızca daha hızlı koşmasını beklemek yeterli değildir. Asıl ihtiyaç duyulan; labirentin daha adil hâle getirilmesidir. Çünkü sağlıkta eşitlik, herkese aynı hizmeti sunmak değil; herkesin ihtiyacına göre desteklenmesini sağlamaktır. Ve bu noktada birinci basamak sağlık hizmetleri kritik bir konuma yerleşmektedir. Birinci basamak yalnızca hastalık ortaya çıktığında başvurulacak bir sistem değildir. Bireyi yaşadığı bağlam içinde görebilen, koruyan, izleyen, güçlendiren ve yaşam döngüsü boyunca destekleyen ilk temas noktasıdır. Ev ziyaretleri, toplum temelli değerlendirmeler, okul sağlığı uygulamaları, riskli grupların erken tanınması ve toplum katılımı bu sistemin temel araçlarıdır. Burada halk sağlığı hemşireliğinin rolü daha da görünür hâle gelir. Halk sağlığı hemşiresi yalnızca bakım veren değildir. Aynı zamanda; riskleri erken fark eden, eşitsizlikleri görünür kılan, savunuculuk yapan, güçlendiren, disiplinler arası iş birlikleri kuran ve sistemler arasında köprü oluşturan profesyoneldir. Bu yaklaşım doğrultusunda daha önce çalıştığım Maltepe Üniversitesi'nde Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar İçin Uygulama ve Araştırma Merkezi (SOYAÇ) ile yaklaşık 7/8 yıl kadar iş birliği içinde Hemşirelik Bölümü olarak sosyal dezavantajların çocuk sağlığı, eğitim sürekliliği ve

yaşam fırsatları üzerindeki etkisini azaltmaya yönelik toplum temelli çalışmalar yürüttük. Bu kapsamda çalışmalarımız, SOYAÇ'ın uluslararası düzeyde temsil ettiği Safe Families Safe Children (SFSC) yaklaşımını temel alan ilkeler ile ilerletilmiştir. SOYAÇ, 14 ülkeden bu alanda çalışan kuruluşların oluşturduğu uluslararası ağ içinde Türkiye'yi temsil etmekte; istismara uğramış çocuklar ve aileleriyle çalışmaya yönelik geliştirdiği terapötik hizmet modeli ile uluslararası düzeyde kabul gören bir yaklaşım sunan bir merkez özelliği de sunmaktadır. Bu modelin temel yaklaşımı; yalnızca ortaya çıkan soruna müdahale etmek değil, çocuğun yaşam çevresini güçlendirmek ve koruyucu-önleyici mekanizmaları erken dönemde harekete geçirmektir. Bizler de bu anlayıştan hareketle yürüttüğümüz Okuldayız Nişantepe ve Okuldayız Üsküdar projelerinde sağlık ve eğitim arasındaki güçlü ilişkinin sahadaki karşılığını görünür kılmayı amaçladık. Bu projelerde temel hareket noktamız şuydu: Bir çocuğun okula erişememesi yalnızca eğitim sorunu değildir. Aynı zamanda sağlık, sosyal destek, güvenli çevre, çocuk koruma ve fırsat eşitliği sorunudur. Bu nedenle çalışmalarımızda;

- Okula erişimde güçlük yaşayan çocukların belirlenmesi,
- Okul terk riski taşıyan öğrencilerin erken tanınması,
- Sağlık ve eğitim sürekliliğinin sağlanması,
- Sağlık ve eğitimin önündeki engellerin aşılması için kurumlararası ve multidisipliner çalışmaların başlatılması ve sürdürülmesi,
- Aile-okul-mahalle dinamiklerinin birlikte değerlendirilmesi,
- Çocukların yeniden eğitim sistemine kazandırılması, okul devamlılığının sürdürülebilir biçimde desteklenmesi öncelikli müdahale alanları olarak ele alınmıştır.

Mahalleyi yalnızca fiziksel bir alan olarak değil; çocuğun sağlık davranışlarını, gelişimini ve geleceğini şekillendiren bir yaşam ekosistemi olarak değerlendirdik. Hemşirelik öğrencilerimiz ve akademisyenlerimizle birlikte yürütülen saha çalışmalarında çocukların gereksinimlerini yalnızca sağlık göstergeleriyle değil; sosyal destek, eğitim sürekliliği, güvenli çevre, aile işlevselliği ve gelecek beklentileri açısından bütüncül olarak ele aldık. Bu süreç bize bir gerçeği tekrar gösterdi:

Bir çocuğun okula devamı yalnızca eğitim göstergesi değildir. Aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetinin, sosyal kapsayıcılığın ve yaşam boyu sağlık eşitliğinin önemli bir göstergesidir.

Bugün dezavantajlı çocuklarla yürüttüğümüz çalışmalar bize şunu öğretmiştir: Çocukları yalnızca okula taşımıyoruz. Onları sağlık hizmetine, sosyal desteğe, görünürlüğe, güçlenmeye ve geleceğe eriştiriyoruz. Ve belki de en önemlisi; Bir çocuğun kaderini değiştirmek için bazen yalnızca kapısını çalmak gerekiyor. Bu nedenle bugün burada şu soruyu yeniden sormalıyız: Biz sağlık hizmeti mi sunuyoruz; yoksa insanların sağlıklı yaşayabileceği koşulları mı inşa ediyoruz?

Çünkü sağlık hastanede başlamaz.

Sağlık evde başlar.

Mahallede büyür.

Okulda güçlenir.

Toplumda sürdürülebilir hâle gelir.

Teşekkür ederim.

27 Mart 2026- PANEL- MAVİ SALON

Dezavantajlı Grupların Temel Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Engellilerin Temel Sağlık Hizmetlerine (TSH) Erişimi: Levesque Modeli Çerçevesinde Kapsamlı Bir Analiz

Prof. Dr. Kamer Gür

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

1. Giriş

Temel sağlık hizmetleri, Alma-Ata Bildirgesi ile tüm bireylerin sağlık hakkına erişimini sağlamak amacıyla tanımlanan temel hizmet alanlarını kapsamaktadır. Ancak engelli bireyler, sağlık sistemine katılım süreçlerinde fiziksel, ekonomik, iletişimsel ve yapısal düzeyde çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Bu çalışma, Alma-Ata'nın temel sağlık hizmeti bileşenlerini, Levesque'nin sağlık hizmetlerine erişim modeli çerçevesinde ele alarak engelli bireylerin erişiminde karşılaşılan başlıca bariyerleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2. Metodolojik Çerçeve: Levesque Erişilebilirlik Modeli

Sağlık sistemine erişim boyutu, bireysel kapasitelerle eşleştirilen beş temel katmandan oluşmaktadır:

- **Yaklaşılabilirlik (Algılama Yeteneği):** Hizmetlerin varlığını ve faydasını fark edebilme.
- **Kabul edilebilirlik (Hizmet Arama Yeteneği):** Hizmetlerin değerler ve kültürle uyumu.
- **Mevcudiyet ve Organizasyon (Hizmete Ulaşma Yeteneği):** Hizmetin fiziksel varlığı ve organizasyonu.
- **Karşılabilirlik (Ödeme Yeteneği):** Ekonomik ve zaman kaynaklarını ayırabilme kapasitesi.
- **Uygunluk (Katılım Yeteneği):** Hizmetin kalite, zamanlama ve süreklilik açısından hastayla uyumu.

3. Temel Sağlık Hizmetleri Bileşenleri ve Analiz

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, sekiz temel TSH bileşeni bazında şu şekilde analiz edilmiştir:

3.1. Sağlık Sorunları ve Önleme Yöntemleri

- **Erişilebilen Hizmetler:** Aile hekimliği kapsamında verilen koruyucu eğitimler, halk sağlığı kampanyaları ve dijital sistemler (E-Nabız, MHRS) erişimi desteklemektedir.
- **Sınırlı Hizmetler:** İşaret dili tercümanı eksikliği ve dijital platformların ekran okuyucu uyumundaki kısıtlılıklar bilgi erişimini engellemektedir. TÜİK (2025) verilerine göre, bakım ihtiyacı olan bireylerin %90,4'ü hizmetlere erişememektedir.

3.2. Beslenme ve Gıda Arzı

- **Erişilebilen Hizmetler:** Toplum sağlığı merkezlerinde sunulan danışmanlık hizmetleri.
- **Sınırlı Hizmetler:** Ekonomik kısıtlılıklar, fiziksel erişim sorunları ve ilaç kullanımı, sağlıklı beslenmeyi olumsuz etkilemektedir. Engelli çocuklarda obezite oranı %20 ile genel popülasyondan daha yüksektir.

3.3. Temiz Su ve Sanitasyon

- **Erişilebilen Hizmetler:** Türkiye’de temel içme suyuna erişim oranı %97 civarındadır.
- **Sınırlı Hizmetler:** Mimari erişilebilirlik (rampa, kapı genişliği) standartlarının kamu binalarında tam uygulanmaması ve kırsal bölgelerdeki denetim eksiklikleri süregelen sorunlardır.

3.4. Anne-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

- **Erişilebilen Hizmetler:** Ücretsiz gebe izlemi ve evde sağlık hizmetleri.
- **Sınırlı Hizmetler:** Engelli kadınların %41,2’si muayene masalarının donanımsal olarak uygunsuz olduğunu belirtmektedir. Sağlık personelinin %95’inin engelli bakımı konusunda eğitim almamış olması, doğum öncesi bakımda ciddi bir eksikliklerdir.

3.5. Bağışıklama

- **Erişilebilen Hizmetler:** Ulusal Aşı Takvimi ve ücretsiz aile hekimliği hizmetleri.
- **Sınırlı Hizmetler:** Engelli bireylerde aşılama oranı, genel nüfusun yaklaşık iki katıdır. Ulaşım zorlukları ve ebeveyn bağımlılığı bu erişim eşitsizliğini beslemektedir.

3.6. Endemik Hastalıkların Kontrolü ve Kansere Taramaları

- **Erişilebilen Hizmetler:** Aile hekimliği izlemleri ve pandemi dönemindeki önceliklendirme.
- **Sınırlı Hizmetler:** Engelli bireylerin kanser tarama programlarına katılım oranları (meme ve bağırsak kanseri) anlamlı derecede daha düşüktür. Tarama merkezlerinde fiziksel erişim engelleri önleyici hizmetleri sınırlamaktadır.

3.7. Yaygın Hastalık Tedavisi

- **Erişilebilen Hizmetler:** GSS kapsamındaki tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon olanakları.
- **Sınırlı Hizmetler:** Randevu bekleme süreleri ve refakatçi bağımlılığı, engelli bireylerin bağımsız hizmet almasını zorlaştırmaktadır.

3.8. Temel İlaç Temini

- **Erişilebilen Hizmetler:** SGK geri ödeme sistemi ve e-reçete kolaylığı.
- **Sınırlı Hizmetler:** İlaç prospektüslerinin görme engelliler için erişilebilir olmaması ciddi bir risk oluşturmaktadır.

4. Sonuç ve Öneriler

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi; fiziksel, mimari ve kurumsal engeller nedeniyle hak temelli bir eşitsizlik içermektedir. Mevzuattaki düzenlemelerin, klinik uygulamalarla (eğitilmiş personel, erişilebilir fiziksel mekanlar) desteklenmesi aciliyet arz etmektedir. Sağlıkta eşitlik, tüm engellilik gruplarının bağımsız ve güvenli şekilde hizmet alabildiği bir sistem tasarımı ile mümkündür.

28 Mart 2026-KONFERANS- MAVİ SALON

PaRIS Bulguları Işığında Birinci Basamağa Yeni Bir Bakış: Hasta Sonuçları ve Deneyimleri
Üzerinden Çok Profesyonelli Yaklaşımlar

Prof. Dr. Candan Kendir

Sağlık Politikaları Analisti, Ekonomi İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD)

OECD'nin Health at a Glance gibi çerçeveleri kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin performansı, geleneksel olarak sistem girdileri, hizmet kullanımı ve seçili sağlık çıktıları üzerinden değerlendirilmektedir. Yaygın olarak kullanılan göstergeler; sağlık insan gücü yoğunluğu (hekim, hemşire ve ebe sayısı), sunulan hizmet hacmi (muayene sayısı, aşılama, tarama hizmetleri) ve mortalite, hastaneye yatışlar ile hastalık yükü gibi sonuç göstergelerini içermektedir. Bu ölçütler, sistemin kapasitesi ve faaliyet düzeyi hakkında nicel bir görünüm sunmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşamları üzerindeki gerçek etkisini doğrudan yansıtmamaktadır.

Bu göstergeler Türkiye için karma bir performans profiline işaret etmektedir. Koruyucu hizmetler açısından farklılaşmalar gözlenmektedir: aşılama kapsamı genel olarak yüksek olup uluslararası hedeflere yakın seyretmekteyken, kanser taramaları birçok OECD ülkesinin gerisinde kalmaktadır. Öte yandan hizmet kullanım kalıpları, birinci basamakla temasın oldukça yüksek olduğunu göstermekte; muayene sıklığı OECD ülkeleri arasında üst sıralarda yer almakta ve zaman içinde artış göstermektedir. Bununla birlikte, bu yüksek kullanım düzeyi, görece yüksek antibiyotik reçeteleme oranlarıyla birlikte görülmekte olup, hizmet sunumunun etkinliği ve kalitesi açısından bazı sorunlara işaret etmektedir.

Yapısal kısıtlar da belirginliğini korumaktadır. Sağlık insan gücü kapasitesi, özellikle hekim ve hemşire sayısı açısından OECD ortalamasının altında kalmaktadır. Artan hizmet talebi göz önüne alındığında bu durum önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Son on yılda anne ölümlerinde kaydedilen önemli düşüş gibi bazı sağlık çıktılarında iyileşmeler gözlemlense de, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında ilerleme ihtiyacı devam etmektedir. Ayrıca önlenebilir ölümlerin görece yüksek düzeyde seyretmesi, sistem etkinliğinde süregelen boşluklara işaret etmekte ve birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, geleneksel göstergeler bir yandan güçlü hizmet kullanımı ve belirli alanlarda başarıları ortaya koyarken, diğer yandan koruyucu hizmetler, insan gücü kapasitesi ve önlenebilir sağlık sonuçları açısından önemli açıklar bulunduğunu göstermektedir.

Hasta Tarafından Bildirilen Veriler Neden Gereklidir?

Geleneksel ölçüm yaklaşımlarının sınırlılıkları, birinci basamak performansının daha geniş bir çerçevede ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. İnsan gücü kısıtları, artan talep ve hasta ihtiyaçlarının giderek karmaşıklaşması, çok disiplinli bakım modellerini zorunlu kılmaktadır. Birinci basamak hizmetlerinin etkin sunumu, fizyoterapistler, eczacılar, psikologlar, ebeler ve sosyal hizmet uzmanları gibi farklı meslek gruplarının koordineli katılımını gerektirmektedir. Bu bağlamda, multidisipliner iş birliği bir seçenek olmaktan çıkmış, kapsamlı ve sürekliliği olan bakımın sağlanabilmesi için yapısal bir gereklilik haline gelmiştir.

Bununla birlikte, sağlık sistemlerinin kavramsal temeli de dönüşüm geçirmektedir. Klinik otorite ve hayatta kalma odaklı geleneksel modeller, yerini yaşam kalitesi, iyilik hali ve hasta katılımını önceliklendiren yaklaşımlara bırakmaktadır. Bu dönüşüm, sağlık profesyonellerinin karar verici olduğu paternalist modelden, hastaların aktif paydaşlar olarak yer aldığı bir yapıya

geçişini ifade etmektedir.

Bu çerçevede değerlendirme odağı da değişmektedir: sunulan hizmetlerin miktarını ölçmenin ötesinde, bu hizmetlerin bireylerin yaşamlarını ne ölçüde iyileştirdiği temel soru haline gelmektedir. Bu durum, performans değerlendirmelerinde hasta perspektifinin sistematik olarak dâhil edilmesini gerekli kılmaktadır. Hasta tarafından bildirilen veriler, bu nedenle geleneksel göstergelerin tamamlayıcısı olarak sağlık sistemlerinin etkinliğinin daha bütüncül şekilde değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır.

OECD Hasta Tarafından Bildirilen Göstergeler Araştırması (PaRIS)

OECD PaRIS anketi, bu dönüşümü uygulamaya aktararak birinci basamak değerlendirmelerine hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütlerini (PROMs) ve deneyim ölçütlerini (PREMs) entegre etmektedir. PROMs, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumları, işlevsellikleri ve iyilik halleri gibi sağlık durumlarına ilişkin kendi değerlendirmelerini doğrudan yansıtırken; PREMs, sağlık hizmeti sunumuna, sağlık profesyonelleriyle etkileşimlere ve bakım koordinasyonuna ilişkin hasta deneyimlerini ortaya koymaktadır.

PaRIS bulguları, birinci basamak sistemlerinin performansına hasta perspektifinden yeni bir bakış sunmaktadır. Bulgular, bakımın ilişkisel ve organizasyonel boyutlarının kalite açısından belirleyici olduğunu göstermektedir. Daha uzun muayene süreleri ve aynı sağlık profesyoneli ile sürdürülen uzun süreli ilişkiler, daha iyi hasta deneyimleri ile ilişkilidir. Özellikle beş yıl ve üzeri sürekliliğe sahip hasta-hekim ilişkileri, güven, memnuniyet ve algılanan kaliteyi artırmaktadır.

Buna karşılık, bakımın parçalı olması hasta algılarını olumsuz etkilemektedir. Yetersiz veri entegrasyonu nedeniyle hastaların bilgilerini tekrar tekrar paylaşmak zorunda kalmaları, sağlık profesyonellerine duyulan güveni önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu bulgular, etkili bilgi sistemlerinin ve bakım koordinasyonunun önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Bakım koordinasyonu, deneyim ile kalite arasındaki temel bağlantı noktalarından biri olarak öne çıkmaktadır. Daha yüksek koordinasyon düzeyi, daha olumlu hasta deneyimleri ile ilişkilidir. Düzenli ilaç gözden geçirme gibi uygulamalar koordinasyonu ve güveni artırmakta, ancak bu uygulamaların ülkeler arasında standart hale gelmediği görülmektedir.

Kronik hastalık yükünün artması da hasta merkezli ve koordineli bakımın önemini güçlendirmektedir. Birinci basamak kullanıcılarının büyük çoğunluğu en az bir kronik hastalıkla yaşamakta, önemli bir kısmı ise çoklu kronik hastalığa sahiptir ve genellikle birden fazla ilaç kullanmaktadır. Bu durum, birinci basamak hizmetleri üzerinde önemli bir yük oluşturmakta ve sürekli izlem, koordinasyon ve bireyselleştirilmiş bakım gereksinimini artırmaktadır.

Önemli bir diğer bulgu, sağlık harcamaları ile hasta sonuçları veya deneyimleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmamasıdır. Daha yüksek harcama düzeyleri her zaman daha iyi sonuçlar üretmemekte; bunun yerine bakımın organizasyonu, sürekliliği ve hasta merkezliliği sistem performansının temel belirleyicileri olarak ortaya çıkmaktadır.

Sonuç

Hasta tarafından bildirilen ölçütlerin birinci basamak değerlendirmelerine entegrasyonu, sağlık sistemlerinin performansının ölçümünde temel bir paradigma değişimini temsil etmektedir. Geleneksel göstergeler sistemin kapasitesi ve faaliyet düzeyi hakkında bilgi sağlamaya devam etmekle birlikte, sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşamları üzerindeki gerçek etkisini tam olarak yansıtmamaktadır. PaRIS yaklaşımı, hasta deneyimi, bakım sürekliliği ve multidisipliner iş birliğinin yüksek kaliteli birinci basamak hizmetlerinin merkezinde yer aldığını göstermektedir. Bu doğrultuda, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, hasta merkezli ve koordineli bakım modellerinin yaygınlaştırılmasını gerektirmektedir.



3.ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

BİLDİRİ ÖZETLERİ



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sözel Bildiri Oturumu I

Oturum Başkanları: Doç. Dr. Fatma Nevin Şişman; Doç. Dr. Sabah Tüzün

Yer: Sarı Salon

Tarih: 27 Mart 2026 Saat: 13.45-15.00

Saat	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunum Yapan
13.45-13.50		Oturumun Açılışı ve Bilgilendirme	Doç. Dr. Fatma Nevin Şişman Doç. Dr. Sabah Tüzün
13.50-14.00	01	İşitme Engelli Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki	<u>Cansu Nırgiz</u> Kamer Gür
14.00-14.10	02	Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Kapsamında Aktif Yaşlı Merkezi'nde Uygulanmış Eğitim Alan Öğrencilerin Deneyimleri: Kalitatif Bir Çalışma	<u>Merve Şıklaroğlu</u> , Sebahat Gözüm
14.10-14.20	03	Hemşirelik Öğrencilerinde E-Sigara Kullanım Sıklığı ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişki	Merve Kolcu, Berk Öngider, İrem Nur Özdemir Demirer
14.20-14.30	04	Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürel Yeterlilik Düzeyleri ile Zenofobi İlişkisi	<u>Kezban Erdem Şen</u> , Seher Yurt
14.30-14.40	05	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Yetişkin Aşılmasında Kaçırılmış Fırsatların Sosyoeolojik Model (SEM) Doğrultusunda Değerlendirilmesi	<u>Leman Yörür</u> , Ayşe Ergün
14.40-14.50	06	Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Mobil Uygulamalar ve Yapay Zekâ Destekli Yaklaşımlar; Hemşirelik Açısından Bir Sistematik Derleme	<u>Gizem YILDIZ</u> , Elif ATEŞ
14.50-15.00		Tartışma ve Kapanış	Doç. Dr. Fatma Nevin Şişman Doç. Dr. Sabah Tüzün

Sözel Bildiri Oturumu II

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kamer Gür; Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal

Yer: Sarı Salon

Tarih: 27 Mart 2026 Saat: 15.15-16.15

Saat	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunum Yapan
15.15-15.20		Oturumun Açılışı ve Bilgilendirme	Prof. Dr. Kamer Gür Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal
15.20-15.30	07	Transteorik Modele Dayalı İnsan ve Dijital Uyaranlı Egzersiz Girişimlerinin Sedanter Ofis Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyini Arttırmaya Etkisi: Randomize Çapraz Geçişli Çalışma Protokolü	<u>Sevda Emir</u> Sebahat Gözüm
15.30-15.40	08	Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite ve Kalp Atım Hızı Değişkenliği Alanındaki Küresel Araştırma Eğilimleri: Bibliyometrik Bir Analiz	<u>Sevda Emir</u> Sebahat Gözüm
15.40-16.50	09	Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Kontrolünün Değerlendirilmesi	<u>Mehmet Yıldız</u>
16.50-16.00	10	Son Çeyrek Asırda (2000–2025) Kırsal Kanser Tarama Araştırmalarının Gelişimi: Küresel Bibliyometrik İnceleme	Ayşegül Ilgaz, <u>Tuğba Aslan</u> , Sebahat Gözüm
16.00-16.10	11	Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Sağlık Çalışanlarının Algısı Ölçeği'nin (KYŞ-SÇA) Psikometrik Özellikleri	Mukaddes Miral, <u>Özlem Can</u> <u>Gürkan</u> , Hülya Akan, Tuğba Bozdemir, Esra Çınar Tanrıverdi
16.10-16.15		Tartışma ve Kapanış	Prof. Dr. Kamer Gür Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sözel Bildiri Oturumu III

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban; Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç
Yer: Sarı Salon

Tarih: 27 Mart 2026 Saat: 16.15-17.35

Saat	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunum Yapan
16.15-16.20		Oturumun Açılışı ve Bilgilendirme	Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç
16.20-16.30	12	0-1 Yaş Döneminde Bebeği Olan Ebeveynlerin Uyku Hijyeni Eğitimi Hakkındaki Görüşleri: Nitel Bir Çalışma	Ebru İkbal Gülenay Çağrı Çövenler Özçelik
16.30-16.40	13	Ortaokul Öğrencilerinde Sağlık Riski Oluşturan Oyun Davranışlarının Öz Şefkat ile İlişkisi	Hatice Sarıtemur Hasibe Kadioğlu
16.40-16.50	14	0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Otizm Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma	Zahide Aksoy, Nisa Nur Öz, Furkan Çamurdaş
16.50-17.00	15	Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlere Verilen Çocuk İstismar Eğitiminin Ebeveynlerin Cinsel İstismar Farkındalık Düzeylerine ve Çocuk İstismarına İlişkin Bilişleri Üzerine Etkisi	Fatma Toksöz Güne, Tuğçe Atak Meriç, Nisanur Alim, Senanur Aytaç, Sena Gençgül
17.00-17.10	16	Anorektal Malformasyon (ARM) veya Hirschsprung Hastalığı Olan Çocuklara Bakım Veren Ebeveynlerde Bakım Yüğü, Sıkıntı ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	Sevil Yılmaz, Keziban Babadağ
17.10-17.20	17	Okul Temelli Beslenme Eğitiminin Ergenlerin Beslenme Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi	Elif Akbaş, Sümeyye Gezer, Simay Kundakçı, Güleren Sabuncular, Mehmet Akif Sezerol, Merve Kırılancık, Şule Aktaş
17.20-17.30		Tartışma ve Kapanış	Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Kolaç



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sözel Bildiri Oturumu IV

Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Güleren Sabuncular; Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin

Salon: Sarı Salon

Tarih: 28 Mart 2026 **Saat:** 09.30-10.30

Saat	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunum Yapan
09.30-09.35		Oturumun Açılışı ve Bilgilendirme	Dr. Öğr. Üyesi Güleren Sabuncular Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin
09.35-09.45	18	Yetişkinlerde İklim Değişikliği ve Çevresel Sürdürülebilirlik Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması	<u>Melihat Tanboğa</u> Nurcan Kolaç
09.45-09.55	19	Birinci basamak sağlık profesyonellerinde yapay zekâ okuryazarlığı ve öz yeterlilik: Kesitsel bir çalışma	<u>Ozan Özkol</u> Emine Ekici Mehmet Akif Sezorol
09.55-10.05	20	İstanbul'da Bulunan Bir Tıp Fakültesi Hastanesindeki Hastaların Kendi Etnik Kökeninden Olan ve Olmayan Doktorlara Muayene Olma Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi	<u>Ülkü Sur Ünal</u> , Rahmi Talha Salgut, Yusuf İlhan, Ayşe Enise Nalbant, Erkan Kırıl
10.05-10.15	21	Hiperpolifarmasi ve Multimorbidite Durumunda Teletıp Tabanlı Motivasyonel Görüşme ile Sigara Bıraktırma: Bir Olgu Sunumu	Merve Rukiye Erdemir, Eyyup Topak, <u>Elif Irmak Soylu</u> , Ayla Müge Adıyaman, Dersu Taş, Melike Mercan Baspınar, Okcan Basat
10.15-10.25	22	Tip II Diyabet Tanılı Hastaların Açlık Plazma Glukozu ve HbA1c Değerlerine Göre Birinci Basamakta İç Hastalıkları Tarafından Değerlendirilme İhtiyacının Oranı: Tek Merkez Deneyimi	<u>Mehmet Yıldız</u> , Fevziye Türkoğlu Genç
10.25-10.30		Tartışma ve Kapanış	Dr. Öğr. Üyesi Güleren Sabuncular Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sözel Bildiri Oturumu V

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu; Prof. Dr. Nurver Sipahioğlu

Yer: A Blok 1103

Tarih: 28 Mart 2026. Saat: 11.00-12-30

Saat	Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunum Yapan
11.00-11.05		Oturumun Açılışı ve Bilgilendirme	Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu Prof. Dr. Nurver Sipahioğlu
11.05-11.15	23	Gebelik Döneminde Cinselliğe İlişkin Duygusal Algılar ve Kültürel İnançlar: Kesitsel Bir Çalışma	Aslı Nur Şahin Esra Çalışkan
11.15-11.25	24	Suriyeli Kadınların Prekonsepsiyonel Bakıma İlişkin Düşünceleri	Şenay Şermet Kaya, <u>Rabia Bölükbaşı</u>
11.25-11.35	25	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Bireylerde Kardiyovasküler Risk Düzeyi, Risk Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	İrem Nur Özdemir Demirer, <u>Betül Ertarğın</u> , Merve Kolcu
11.35-11.45	26	Geleceğin Sağlık Profesyonellerinde Aile Planlaması Bilinci ve Modern Kontraseptif Yöntemlere Yaklaşımın Değerlendirilmesi	<u>Minel Bakan Saylan</u> , Emre Dülger, Tümay Sadıkoğlu
11.45-11.55	27	Tip 2 Diyabet Hastalarında Emosyonel Yeme Davranışı ile Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin Araştırılması	Esra Karataş, <u>Çiğdem Apaydın Kaya</u>
12.55-12.05	28	Obezite Yönetiminde Aile Hekimi Liderliğinde Tele-Sağlık Müdahalesi: Beslenme Davranışlarındaki Değişimin ve Diyet Kalitesinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	<u>Fusun Rahşan Ulu</u> , Bengi Tör, Didem Kafadar
12.05-12.15	29	Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi	<u>Behice Olgun</u> , Aydan Akkurt Yalçintürk
12.15-12.25		Tartışma ve Kapanış	Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu Prof. Dr. Nurver Sipahioğlu

İşitme Engelli Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki

Cansu Nirgiz¹, Kamer Gür²

¹Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fenerbahçe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, cansunirgiz@hotmail.com, <https://doi.org/0000-0001-9595-2853>

²Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, kamergur@gmail.com, <https://doi.org/0000-0002-2424-323X>

Giriş: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişebilme, anlayabilme ve bilgiyi sağlık davranışlarına yansıtabilme kapasitesini ifade eder. İşitme engelli bireyler iletişim güçlükleri, sağlık profesyonelleriyle sınırlı etkileşim ve bilgiye erişimde yaşanan engeller nedeniyle sağlık hizmetlerinden etkili yararlanamamaktadır. Bu durum, özellikle ilaç kullanım süreçlerinde hatalı uygulamalara ve sağlık sonuçlarında olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında bu grubun sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin değerlendirilmesi, hedefe yönelik müdahalelerin planlanması açısından önemlidir.

Amaç: Bu çalışmada, işitme engelli bireylerin akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan çalışmanın verileri Mart–Mayıs 2025 tarihleri arasında Engelli Dayanışma Platformları aracılığıyla çevrimiçi ortamda 103 birey ile yürütülmüştür. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Form ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Independent Sample t Test, One-Way ANOVA ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan işitme engelli bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) puan ortalaması 19.9±8.99, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) toplam puan ortalaması ise 17.9±13.9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü orta düzey korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$; $r:0.386$). Ayrıca cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, işte çalışma durumu, ekonomik durum, sosyal güvence, kitap okuma alışkanlığı, sağlık bilgisine erişim durumu, düzenli olarak doktor kontrolüne gitme, reçete dışı ilaç kullanımına göre AİKÖ ve SOÖ arasında fark oluşturduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada işitme engelli bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin düşük olduğu ve aralarında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde işitme engelli bireylere yönelik erişilebilir sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesi, görsel ve işitsel destekleyici iletişim materyallerinin artırılması, engel gruplarına özgü akılcı ilaç kullanımı müdahalelerinin planlanması gerektiğini göstermektedir. Bu tür uygulamaların hizmet kalitesi, sağlık hizmetine erişim ve hasta güvenliği açısından önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, işitme engelli bireyler, sağlık okuryazarlığı

Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Kapsamında Aktif Yaşlı Merkezi'nde Uygulamalı Eğitim Alan Öğrencilerin Deneyimleri: Kalitatif Bir Çalışma

Merve Şıklaroğlu¹, Sebahat Gözüm²

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, merveipek@akdeniz.edu.tr , <https://doi.org/0000-0002-2122-2740>

²Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, sgozum@akdeniz.edu.tr , <https://doi.org/0000-0001-8672-8016>

Giriş: Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı bireylere yönelik koruyucu ve geliştirici yaklaşımların önemi artmaktadır. Kompleks sağlık gereksinimli yaşlı birey sayısındaki artış, hemşirelik bakımına gereksinimi güçlendirmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitimi sürecinde yaşlı bireylerle doğrudan etkileşim kurabilecekleri toplum temelli uygulama alanları, mesleki beceri ve tutum gelişimi açısından önemli bir öğrenme ortamı sunmaktadır. Aktif yaşlı merkezleri sağlığı geliştirme ve erken tanı uygulamalarının birlikte yürütülebildiği bütüncül bir alan oluşturmaktadır.

Amaç: Bu çalışma, Halk Sağlığı Hemşireliği dersi kapsamında Aktif Yaşlı Merkezi'nde uygulama yapan hemşirelik öğrencilerinin deneyimlerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Nitel betimleyici fenomenolojik tasarımda yürütülen araştırmaya Aralık 2023–Ocak 2024 tarihleri arasında Antalya'daki Aktif Yaşlı Merkezi'nde uygulamaya katılan 40 hemşirelik öğrencisi dahil edilmiştir. Veriler yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formuyla toplanmış ve verilerin analizinde, Giorgi'nin beş aşamalı fenomenolojik yöntem analiz ilkeleri izlenerek MAXQDA 24 programı kullanılmıştır. Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izinleri alınmış, katılımcılar Helsinki Bildirgesi doğrultusunda bilgilendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada altı ana tema belirlenmiştir: öğrencilerin duygu ve düşünceleri, yaşlı merkezinde yapılan sağlık uygulamalarının yaşlılar için faydaları, yaşlı merkezinde sağlık uygulamaları yaparken karşılaşılan engeller, sağlık uygulamalarına yönelik yaşlı bireylerin geri bildirimleri, sağlık profesyonelleri, öğretim elemanı ve akranlarla çalışmanın eğitime katkısı ve eğitici ile öğrencilere yönelik öneriler. Öğrenciler, yaşlı bireylerle etkileşimin empati, mutluluk ve mesleki doyum sağladığını; uygulamaların özgüven ve motivasyonlarını artırdığını belirtmiştir. Tarama ve eğitimlerin sağlık farkındalığını artırdığı, erken fark etmeyi desteklediği ve sosyal etkileşimi güçlendirdiği ifade edilmiştir. Hizmetlerin alışık ortamda sunulması erişimi kolaylaştırmıştır. Uygun ortam eksikliği ve yaşlıların katılım isteksizliği başlıca güçlüklerdir. Yaşlı bireyler uygulamaları faydalı bulmuş, öğrencilerle iletişimden memnuniyet duymuştur. Ekip çalışmasının öğrenmeyi desteklediği ve katılımı artırıcı bilgilendirmelere gereksinim olduğu belirtilmiştir.

Sonuç: Aktif yaşlı merkezinde yürütülen toplum temelli uygulamalar hemşirelik öğrencilerinin mesleki gelişimini desteklerken yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine erişimini artırmaktadır. Bu uygulama alanı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde birey merkezli yaklaşımı ve hizmet kalitesini güçlendiren etkili bir eğitim ve uygulama sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: halk sağlığı hemşireliği, hemşirelik eğitimi, nitel araştırma, yaşlı sağlığı

Hemşirelik Öğrencilerinde E-Sigara Kullanım Sıklığı ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişki

Merve Kolcu¹, Berk Öngide², İrem Nur Özdemir Demirel³

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, merve.kolcu@sbu.edu.tr, <https://doi.org/0000-0002-8187-4767>

²Hemşirelik (İngilizce) Bölümü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, berk.ongider@medipol.edu.tr, <https://doi.org/0009-0000-8731-6187>

³Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, iremnur.ozdemir@sbu.edu.tr, <https://doi.org/0000-0002-1122-0514>

Giriş: Son yıllarda Z kuşağının ekonomik belirsizlikler, politik gerilimler ve COVID-19 pandemisi gibi küresel stresörlerle karşı karşıya kalması, bu yaş grubunda stres düzeylerinin daha da yükselmesine neden olmuştur. Bu durum, öğrencilerin stresle başa çıkmalarında sağlık açısından riskli davranışları yönelmelerini kolaylaştırmakta olup bağımlılık yapıcı alışkanlıkların artışına zemin hazırlamaktadır. E-sigara kullanımı da bu süreçte geleneksel sigaraya alternatif bir ürün olarak yaygınlaşmakta ve özellikle stresle baş etme aracı olarak tercih edilebilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinde e-sigara kullanım sıklığı ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören 1172 öğrenci oluşturmaktadır. G*Power analizi ile minimum örneklem 290 olarak hesaplanmış olup çalışma 318 öğrenci ile tamamlanmıştır. Veriler çevrim içi anket yoluyla Kasım- Aralık 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları tanıtıcı bilgi formu, Penn State Elektronik Sigara Bağımlılığı Endeksi, Algılanan Stres Ölçeği'dir. Veriler SPSS 28.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım Shapiro-Wilk testi ile incelenmiş; normal dağılım gösteren verilerde t-testi ve ANOVA, anlamlı bulunan ANOVA sonuçlarında Tukey post-hoc testi uygulanmıştır. Korelasyon analizinde Spearman testi kullanılmış ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.18 ± 2.55 . Öğrencilerin %9.4'ü e-sigara kullandığını belirtmiştir. Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması 31.33 ± 8.68 ve Penn State Elektronik Sigara Bağımlılığı Endeksi puan ortalaması 7.03 ± 2.48 'dir. E-sigara kullanan öğrencilerin stres puanları, kullanmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.001$). E-sigara kullananlarda bağımlılık düzeyi ile algılanan stres arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır ($r = 0.43$, $p = 0.018$).

Sonuç: E-sigara kullanımı hemşirelik öğrencilerinde artmış stres düzeyi ile ilişki göstermektedir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde gençlere yönelik koruyucu yaklaşımlarda stres değerlendirmesi ile bağımlılık riskinin birlikte ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır. Birinci basamakta yapılacak erken tarama, danışmanlık ve stresle baş etme becerilerinin güçlendirilmesine yönelik girişimlerde, bağımlılığın önlenmesinde ve toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan stres, bağımlılık, e-sigara, hemşirelik öğrencileri

Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Kültürel Yeterlilik Düzeyleri ile Zenofobi İlişkisi

Kezban Erdem Sen¹, Seher Yurt²

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, nujinerdm57@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-5614-8108>

²Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, seher.yurt@kent.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-9972-3273>

Giriş: Küresel göç hareketlerinin artması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kültürel çeşitliliği belirgin biçimde artırmıştır. Farklı dil, inanç ve değerlere sahip bireylere eşitlikçi ve etkili bakım sunabilmek, sağlık profesyonellerinin kültürel yeterlilik düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Buna karşın yabancılara yönelik olumsuz tutumlar (zenofobi), hizmet sunum sürecini olumsuz etkileyebilmektedir.

Amaç: Bu çalışma, birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin kültürel yeterlilik ve zenofobi düzeylerini belirlemek, sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşma durumlarını incelemek ve iki değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı kesitsel tipteki araştırma, Aralık 2024–Ekim 2025 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür. Evreni 1793 sağlık profesyoneli oluşturmuş, örneklem formülü ile 317 katılımcıya ulaşılmıştır. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu, Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Kültürel Yeterlilik Ölçeği ve Zenofobi Ölçeği ile toplanmış; analizler SPSS 22.0 programında gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların kültürel yeterlilik puan ortalaması 71.70 ± 12.84 (orta–yüksek düzey), zenofobi puanı 39.72 ± 11.54 (düşük–orta düzey) olarak bulunmuştur. Kültürel yeterlilik ile zenofobi arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki saptanmıştır ($r = -0.385$; $p < 0.01$). Regresyon analizinde kültürel yeterlilik, zenofobinin anlamlı bir yordayıcısı olup varyansın %14.5’ini açıklamaktadır ($R^2 = 0.145$; $p < 0.001$). Yüksek gelir, lisansüstü eğitim, yabancı dil bilme ve yurtdışı deneyimi kültürel yeterliliği artırırken; düşük yaş, düşük gelir ve eğitim düzeyi zenofobi ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Kültürel yeterlilik arttıkça zenofobik eğilimlerin azaldığı belirlenmiştir. Birinci basamakta kültürel yeterlilik temelli eğitimlerin yaygınlaştırılması, hizmet kalitesinin ve toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen sağlığı, kültürel yeterlilik, sağlık profesyonelleri, zenofobi.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Yetişkin Aşılmasında Kaçırılmış Fırsatların Sosyoekolojik Model (SEM) Doğrultusunda Değerlendirilmesi

Leman Yörür Meğreli¹, Ayşe Ergün²

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, lemanyr@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-1983-8682>

²Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, ayvergun@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3132-200>

Giriş: Bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en etkili halk sağlığı müdahalesidir. Dünya Sağlık Örgütü, “Yaşam Boyu Bağışıklama” kapsamında yetişkin aşılamasını stratejik öncelik olarak vurgulamaktadır (WHO, 2020; Immunization Agenda 2030 Partners, 2024). Uluslararası veriler, 18–64 yaş aralığındaki yetişkinlerin genel aşılama düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir; Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşa uygun tüm önerilen aşıların yapılma oranı %22,8, 50–64 yaş grubunda %14,7’dir (CDC, 2024). Türkiye’de ise 18 yaş üzeri yetişkinlerde influenza, tetanoz ve pnömokok aşılama oranları sırasıyla %10,8, %24,3 ve %6,0 olarak bildirilmiştir (İneli ve diğ., 2024). Bu düşük kapsamın temel belirleyicilerinden biri “kaçırılmış aşı fırsatları”dır ve yalnızca bireysel faktörlerle açıklanamaz; kişilerarası etkileşimler, kurumsal yapı ve politika düzeyindeki etkenler de rol oynamaktadır (Kahraman, 2024; Pennisi ve diğ., 2025; Fuller ve diğ., 2024; Uzuner ve diğ., 2018; Arıca, 2025; Klüwer ve diğ., 2024).

Amaç: Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yetişkin aşılamasında kaçırılmış fırsatları sosyoekolojik model doğrultusunda değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışma birinci basamakta halk sağlığı müdahale alanlarının belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tasarım türünde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Türkiye’nin batı illerinde yaşayan ve çevrimiçi ulaşılabilen 18-64 yaş yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Örneklem gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 07 – 26 Şubat 2026 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden yetişkin bireylerden oluşmuştur. Çalışma toplam 171 katılımcı ile tamamlanmıştır. Veri toplama araçları, 1. Tanımlayıcı Özellikler Formu, 2. Sosyoekolojik Model Doğrultusunda Yetişkin Aşılmasında Kaçırılmış Fırsatlar (SEM-KF) Anket Formu’dur. Anket formu, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından modelin dört bileşenine (Bireysel, Kişilerarası, Kurumsal, Politika) yönelik dörder soru içermektedir. Maddeler min.1, maks. 5, olacak şekilde puanlanmaktadır. Puan arttıkça kaçırılmış aşı fırsatını etkileyebilecek olumsuz durumların yüksek olduğu yorumlanabilir. SEM-KF anketinin Cronbach’s Alpha değeri 0,777 bulunmuştur. Veriler Google form aracılığıyla katılımcılardan çevrimiçi olarak toplanmıştır. Etik kurul sürecinde olan çalışmada katılımcılardan onam alınmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve etki büyüklüğü için Cramer’s V (V) katsayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 171 bireyin yaşları 18- 64 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 33,99±10,33’dür. Katılımcıların %71,3’ü kadın, %67,3’ü üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Son 12 ayda Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran bireylerin oranı %77,8’dir. Çalışmada kaçırılmış aşı fırsatı, son 12 ay içinde ASM’ye başvurmuş olmasına rağmen aşı önerisi almayan bireyler üzerinden hesaplanmış olup toplam örnekleme %73,1 olarak belirlenmiştir. Kaçırılmış fırsatlar ile ASM’ye başvuru durumu ($\chi^2=132,76$, $p<0,001$, $V=0,881$), aşı önerisi yapılması ($\chi^2=25,81$, $p<0,001$, $V=0,389$) ve önerilen aşıyı yaptırma durumu ($\chi^2=18,63$, $p<0,001$, $V=0,330$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Katılımcıların aşılanma durumları incelendiğinde; %21,6'sının tetanoz aşısını, %71,3'ünün grip aşısını, %65,5'inin Hepatit B aşısını ve %17,5'inin COVID-19 aşısını yaptırmadığı/hatırlamadığı saptanmıştır. Aşı yaptırmama nedenleri arasında en sık belirtilen neden %40,4 ile aşı önerilmemesi olmuştur.

SEM-KF anketi sonuçlarına göre bireyler, sağlık çalışanlarının aşı konusundaki yönlendirmelerine güvendiklerine ve önerilmediğinde aşı yaptırma olasılıklarının azaldığına %33,3 oranında katıldıklarını, aşı hizmetlerine (randevu, zaman, fiziki koşullar) ulaşmada zorluk yaşandığına %33,3 ile katılmadıklarını, toplumda yetişkin aşılarına yönelik yanlış bilgilerin yaygın olduğuna ise %39,2 ile katıldıklarını bildirmişlerdir.

Sonuç: Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yetişkin aşılamasında kaçırılmış fırsatların yaygın olduğu saptanmıştır. Bulgular, söz konusu eksikliğin bireysel engellerden ziyade, sağlık hizmeti sunumu sırasında aşı gereksiniminin sistematik olarak değerlendirilmemesi ve aktif öneri mekanizmalarının eksikliği ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sosyoekolojik Model çerçevesinde, özellikle kişilerarası, kurumsal ve politika düzey faktörlerinin öne çıkması, sağlık çalışanı etkileşimi ve hizmet sunum süreçlerinin belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. Bu bulgular, birinci basamakta yapılandırılmış aşı sorgulama protokollerinin uygulanması, aktif öneri sistemlerinin güçlendirilmesi ve hatırlatma mekanizmalarının geliştirilmesinin gerekliliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin aşılama, erişkin aşılama, kaçırılmış aşı fırsatları, sosyoekolojik model.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Mobil Uygulamalar ve Yapay Zekâ Destekli Yaklaşımlar; Hemşirelik Açısından Bir Sistematik Derleme

Gizem Yıldız¹, Elif Ateş²

¹Hemşirelik Bölümü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, gizem.yildiz@istanbul.edu.tr, <https://orcid.org/0009-0007-4472-662X>

²Hemşirelik Bölümü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, elif.ates@istanbul.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-3805-7144>

Giriş: Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasında mobil uygulamalar ve yapay zekâ (YZ) destekli dijital yaklaşımlar giderek daha fazla kullanılmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirelerin rolü göz önüne alındığında, bu teknolojilerin bakım kalitesi, izlem süreçleri ve hasta eğitimi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışma, koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan mobil uygulamalar ve yapay zekâ destekli yaklaşımların hemşirelik hizmetleri açısından etkilerini incelemek amacıyla yapılmış bir sistematik derlemedir.

Yöntem: Bu sistematik derleme, PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) rehberi doğrultusunda yürütülmüştür. EbscoHost, Scopus, ScienceDirect ve Science Online veri tabanlarında 2015–2025 yılları arasında yayımlanan çalışmalar taranmıştır. “Koruyucu sağlık hizmetleri”, “Birinci basamak sağlık hizmetleri”, “Yapay zekâ”, “Mobil uygulamalar”, “Sağlıkta mobil uygulamalar” ve “Hemşirelik” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Türkçe ve İngilizce tam metnine ulaşılan randomize kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir. PRISMA akış diyagramına göre veri tabanlarında yapılan tarama sonucunda toplam 1491 çalışmaya ulaşılmıştır. Tekrarlar ve konu dışı çalışmalar çıkarıldıktan sonra 44 randomize kontrollü çalışma tam metin olarak değerlendirilmiş, dahil edilme kriterlerini karşılayan 23 çalışma sistematik derlemeye dahil edilmiştir.

Bulgular: İncelenen randomize kontrollü çalışmaların örneklem gruplarını birinci basamakta çalışan hemşireler, KOAH ve Tip 2 diyabet hastaları, kronik hastalığı olan yaşlı bireyler, gebeler, adolesanlar, ebeveynler ve Covid-19 hastaları oluşturmaktadır. Müdahalelerde mobil sağlık uygulamaları, yapay zekâ destekli sohbet robotları, giyilebilir teknolojiler ve sanal gerçeklik uygulamaları kullanılmıştır. Bu teknolojilerin; hastalık belirtilerinin azaltılması, ilaç uyumunun artırılması, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, öz yeterliliğin artırılması ve hemşirelik bakımının izlenebilirliğinin güçlendirilmesi üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Koruyucu sağlık hizmetlerinde mobil uygulamalar ve yapay zekâ destekli yaklaşımlar, özellikle hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde etkili araçlar olarak öne çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirelerin dijital sağlık teknolojilerini etkin kullanımı, bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu teknolojilerin hemşirelik uygulamalarına entegrasyonunun güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, hemşirelik, hemşirelik hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, mobil uygulamalar, sağlıkta mobil uygulamalar, yapay zekâ

Transteorik Modele Dayalı İnsan ve Dijital Uyaranlı Egzersiz Girişimlerinin Sedarter Ofis Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyini Arttırmaya Etkisi: Randomize Çapraz Geçişli Çalışma Protokolü

Sevda Emir¹, Sebahat Gözümlü²

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, 95sevdaemir@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8898-1987>

²Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, sgozum@akdeniz.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-8672-8016>

Giriş: Sedarter yaşam tarzı, özellikle ofis çalışanlarında fiziksel aktivite yetersizliğiyle birlikte kardiyovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar ve yaşam kalitesinde azalma gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde davranış değişikliğini destekleyen, sürdürülebilir ve uygulanabilir müdahalelere gereksinim duyulmaktadır. Transteoretik model, bireyin davranış değişikliği sürecini evreler halinde ele alarak kişiye özgü müdahalelerin planlanmasına olanak sağlamaktadır.

Amaç: Bu çalışma, sedanter ofis çalışanlarında transteorik model (TTM) temelli insan ve dijital uyaranlı egzersiz girişimlerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve kalp atım hızı değişkenliği üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma, randomize çapraz geçişli müdahale çalışması protokolüdür. Araştırmanın örneklemini, üniversitede tam zamanlı çalışan ve sedanter olduğu belirlenen idari ve akademik personel oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda belirlenmiştir. Literatürde benzer müdahalelerde bildirilen yüksek düzey etki büyüklüğü temel alınarak $\alpha=0,05$, güç=0,85 ve etki büyüklüğü=0,80 varsayımları ile her grup için en az 24 katılımcı gerektiği hesaplanmıştır. Olası %10 kayıp oranı dikkate alınarak her grupta 26 olmak üzere toplam 52 katılımcı planlanmıştır. Dahil edilme kriterleri; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form (IPAQ-KF) puanının <600 MET-dk/hafta olması ve Transteorik Model'e göre "düşünme" veya "hazırlık" evresinde yer almaktır. Katılımcılar, insan ve dijital uyaranlı egzersiz müdahalesi ile yalnızca dijital uyaranlı egzersiz müdahalesini farklı sıralarla alacak şekilde randomize edilecektir. Her müdahale 4 hafta sürecek olup müdahaleler arasında 2 haftalık arınma dönemi uygulanacaktır.

Fiziksel aktivite düzeyi IPAQ-KF ve Transteorik Model ölçekleri ile değerlendirilecektir. Müdahale süresince günlük egzersiz takibi Polar H10 göğüs bandı ve Polar Flow uygulaması aracılığıyla gerçekleştirilecektir. Kalp atım hızı değişkenliği (KAHD) ölçümleri Polar H10 göğüs bandı ve Elite HRV uygulaması kullanılarak yapılacaktır; zaman alanı parametrelerinden RMSSD (birincil sonuç ölçütü) ve SDNN değerleri analiz edilecektir. Ölçümler her müdahale öncesi ve sonrasında gerçekleştirilecektir. Çalışma için etik kurul ve kurum izinleri alınmış olup çalışma ClinicalTrials.gov veri tabanına kaydedilmiştir (NCT07087457). Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (TDK-2025-6839) ve TÜBİTAK 1002 – Hızlı Destek Programı (225S361) tarafından desteklenmektedir. Veriler, çapraz geçişli çalışma tasarımına uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilecektir.

Bulgular: Bu bildiri bir çalışma protokolünü sunmaktadır. Çalışmanın tamamlanmasıyla birlikte, transteoretik model temelli insan ve dijital uyaranlı müdahalelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve kalp atım hızı değişkenliği üzerindeki etkilerine ilişkin karşılaştırmalı bulgular elde edilecektir.

Sonuç: Transteorik modele dayalı insan ve dijital uyaranlı egzersiz girişimlerinin, sedanter ofis çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyini arttırmada etkili olup olmadığı değerlendirilecektir. Bu çalışma, ofis ortamında uygulanabilir egzersiz stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacak veriler sunmayı hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: Dijital uyarıcı, fiziksel aktivite, kalp atım hızı değişkenliği, ofis çalışanı, sedanter yaşam, transteorik model

Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite ve Kalp Atım Hızı Değişkenliği Alanındaki Küresel Araştırma Eğilimleri: Bibliyometrik Bir Analiz

Sevda Emir¹, Sebahat Gözüm²

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, 95sevdaemir@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0002-8898-1987>

²Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, sgozum@akdeniz.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0001-8672-8016>

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yetişkinlerde fiziksel aktivite ve kalp atım hızı değişkenliği (KAHD) alanındaki bilimsel yayınların bibliyometrik özelliklerini incelemek, küresel araştırma eğilimlerini ortaya koymak ve hemşirelik bilimi perspektifinden literatürdeki boşlukları ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu bibliyometrik çalışma, Web of Science Core Collection veri tabanı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Belirlenen anahtar kelimeler doğrultusunda, 2015–2025 yılları arasında yayımlanan ve yetişkin popülasyonu kapsayan toplam 363 araştırma makalesi analiz edilmiştir. Veri taraması 2 Ocak 2026 tarihinde tamamlanmıştır. Yayınların yıllara göre dağılımı, ülke ve kurum katkıları, yazar iş birlikleri, dergi ve atıf ağları ile Web of Science kategori dağılımları VOSviewer yazılımı kullanılarak incelenmiştir. Ayrıca anahtar kelime eş-oluşum ve ortak atıf analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Fiziksel aktivite ve kalp atım hızı değişkenliği (KAHD) alanındaki yayın sayısının 2019 yılından itibaren belirgin biçimde arttığı saptanmıştır. En yüksek yayın sayısına 2021 (n=71) ve 2024 (n=70) yıllarında ulaşılmış, 2025 yılında ise 62 yayın kaydedilmiştir. Ülke bazında Amerika Birleşik Devletleri 111 yayın ve 1206 atıf ile lider konumda yer alırken, Avrupa ülkeleri güçlü bir bilimsel iş birliği ve kümelenme yapısı sergilemiştir. Anahtar kelime eş-oluşum analizinde en sık kullanılan terim “heart rate variability” olup; “physical activity”, “exercise”, “autonomic nervous system” ve “cardiovascular health” güçlü bağlantılara sahip kavramlar olarak belirlenmiştir. Yazar iş birliği analizinde Tebar, W.R. (n=9; toplam bağlantı gücü=50) en üretken ve en güçlü iş birliği ağına sahip araştırmacı olarak öne çıkmıştır. Web of Science kategori dağılımında hemşirelik alanında sınıflandırılan yayın sayısının yalnızca bir olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu bibliyometrik analiz, fiziksel aktivite ve KAHD alanındaki bilimsel üretimin son yıllarda hızla arttığını ve disiplinler arası bir yapı kazandığını göstermektedir. Bununla birlikte, hemşirelik biliminin bu alandaki temsili son derece sınırlıdır. Bulgular, KAHD’yi sonuç değişkeni olarak ele alan ve hemşire liderliğinde yürütülecek fiziksel aktivite müdahale çalışmalarına duyulan gereksinimi açıkça ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik analiz, fiziksel aktivite, hemşirelik bilimi, kalp atım hızı değişkenliği

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Kan Basıncı Kontrolünün Değerlendirilmesi

Mehmet Yıldız¹

¹Aile Hekimliği, Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, Bulancak Şehit Er Enver Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi, Giresun, Türkiye, drmehtyildiz54@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0706-0906>

Giriş: Hipertansiyon (HT) birinci basamakta en sık izlenen kronik hastalıklardan biri olup kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin başlıca belirleyicisidir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) 2024 HT kılavuzu (ESC 2024), uygun tolerans sağlandığı sürece sistolik kan basıncı (KB) değerinin 120–129 mmHg ve diyastolik KB değerinin 70–79 mmHg aralığına düşürülmesini önermektedir. Ancak gerçek yaşam verilerinde bu hedef değerlere yeterince ulaşılamamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, birinci basamakta HT tanılı hastalarda ESC 2024 hedef KB değerlerine ulaşma oranının belirlenmesi ve ilişkili olabilecek faktörleri tespit ederek hedef KB değerlerine ulaşan hasta oranının artırılmasına ışık tutmak hedeflenmiştir.

Yöntem: Bu retrospektif, kesitsel çalışma; 01 Kasım 2025 – 31 Ocak 2026 tarihleri arasında Giresun ili Bulancak ilçesinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, ilgili ASM'de tek bir birime kayıtlı toplam 2580 hasta oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü, 2580 kişilik kayıtlı popülasyon için %95 güven düzeyi ve %5 hata payı esas alınarak hesaplanmış ve minimum 197 hasta olarak belirlenmiştir. Üç aylık Hastalık Yönetim Platformu (HYP)-HT izlem döneminde ulaşılan 207 hasta ile örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüştür. Ayrıca bu dönem, Sağlık Bakanlığı tarafından aylık izlem hedefleri doğrultusunda planlanan tamamlanmış ardışık bir izlem periyodunu temsil etmektedir. Çalışmada, daha önce HT tanısı konulmuş ve HYP üzerinden HT izlem yapılan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

KB Değerlendirmesi: HYP-HT izlemi sırasında yapılan KB ölçümleri, ESC 2024 kılavuz önerilerine uygun şekilde gerçekleştirilmiş ve kaydedilmiş ölçümlerdir. Çalışmamızda, ESC 2024 kılavuzuna göre genel HT popülasyonunda hedef KB <130/80 mmHg olarak kabul edilmiştir. 85 yaş ve üzerindeki hastalarda hedef KB <140/90 mmHg olarak değerlendirilmiştir. Antihipertansif tedavi alan ≥ 65 yaş hastalarda sistolik KB için 130–139 mmHg aralığı hedef KB kabul edilmiştir.

İstatistiksel Analiz: Çalışma popülasyonunun özellikleri tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılımı görsel yöntemler (histogramlar, olasılık grafikleri) ve Kolmogorov–Smirnov ile Shapiro–Wilk testleri kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen sürekli sayısal değişkenler medyan (25.–75. çeyrekler) olarak sunulmuş ve box-plot grafikleri ile görselleştirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testleri kullanılmıştır. Kategorik veriler sayı ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tüm analizler IBM SPSS Statistics sürüm 26.0 kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya HT tanılı toplam 207 hasta dahil edildi. 126 hastanın (%60,9) KB hedef değerlerde değilken 81 hastanın (%39,1) KB hedef değerlerdeydi. Çalışma popülasyonunun medyan yaşı 63 (Çeyrekler arası aralık [IQR]: 54–69) yıl idi. KB hedef değerlerine ulaşan hastalar, hedef değerde olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yaşlıydı (65 [54,5–71] vs. 60 [54–68,25] yıl; $p=0,044$). Toplamda kadın oranı %48,3 ($n=100$) idi. Kadınların KB hedef

değerlerde olanlar grubunda daha yüksek oranda bulunduğu gözlenmekle birlikte (%55,6 vs. %43,7), bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,094$). Sigara kullanımı hastaların %22,2'sinde ($n=46$) mevcuttu. KB hedef değerde olanların grubunda sigara kullanım oranı anlamlı derecede daha düşüktü (%13,6 vs. %27,8; $p=0,016$). Medyan Vücut Kitle İndeksi 30,1 (IQR: 28,0–34,1) kg/m^2 olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,778$). Benzer şekilde bel çevresi açısından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,899$). Sistolik ve diyastolik KB değerleri, beklendiği üzere, KB hedef değerde olanların grubunda anlamlı derecede daha düşüktü. Medyan sistolik KB 120 (112–129,5) mmHg'ye karşı 145 (133–158,3) mmHg ($p<0,001$), medyan diyastolik KB ise 74 (70–80) mmHg'ye karşı 88 (80–95) mmHg idi ($p<0,001$). Antihipertansif ilaç kullanım oranı toplamda %87,0 ($n=180$) idi. KB hedef değerde olanların grubunda ilaç kullanım oranı daha yüksek olmakla birlikte (%91,4 vs. %84,1), fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,132$). Bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: Birinci basamakta izlenen HT tanılı hastaların yalnızca üçte birinin ESC 2024 HT kılavuzu tarafından önerilen KB hedef değerlerine ulaşabildiği görülmüştür. KB hedef değerlerde olması sigara kullanmama ile ilişkili bulunmuşken antihipertansif ilaç kullanımı ile ilişkili bulunamamıştır. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, HT hastalarının KB kontrolünde yaşam tarzı değişikliklerinin (YTD) öneminin büyük olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, HT hastalarının çoğunun kan basıncı değerinin hedef değerlerde olmadığını ve birinci basamakta yapılan HT izlemlerinde bu hastalara yapılacak YTD gibi müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, ESC 2024, hipertansiyon, kan basıncı kontrolü

Son Çeyrek Asırda (2000–2025) Kırsal Kanser Tarama Araştırmalarının Gelişimi: Küresel Bibliyometrik İnceleme

Ayşegül Ilgaz¹, Tuğba Aslan², Sebahat Gözüm³

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye,
ailgaz@akdeniz.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0003-0640-2820>

²Denizli Babadağ Aile Hekimliği 1 Nolu Birim, Denizli, Türkiye, tugba07aslan@gmail.com ,
<https://orcid.org/0000-0002-8971-3845>

³Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye,
sgozum@akdeniz.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-8672-8016>

Giriş: Kanser taramalarının hastalıkla ilişkili insidans ve mortaliteyi azaltmada etkili olduğu bilinmektedir. Kırsal alanlarda sınırlı sağlık altyapısı, yetersiz sağlık personeli ve ulaşım zorlukları gibi faktörler kanser taramalarına katılımı olumsuz etkilemektedir.

Amaç: Amaç, kırsal alanlarda kanser taramalarını artırmak için etkili, pratik ve uygulanabilir yaklaşımların önemini vurgulamaktır. Bu amaçla, kırsal alanlarda kanser taramaları ile ilgili çalışmaların kapsamlı bir bibliyometrik analizi yapılmıştır.

Bulgular: Kırsal alanlarda kanser taraması analizinde; 2000 ile 2025 yılları arasında, 192 dergide, 89 ülkede (Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Hindistan ve Kanada), 675 kurumda (Kentucky Üniversitesi, Washington Üniversitesi ve Oregon Sağlık ve Bilim Üniversitesi), 9.958 yazar tarafından yayınlanmıştır. Journal of Cancer Education, Plos One ve Journal of Rural Health en çok atıf alan dergiler olmuştur. Journal of Rural Health, Plos One ve Preventive Medicine en çok atıf yapılan dergiler olmuştur.

29.509 atıf (en çok atıf yapılan ülkeler Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya'dır) ve 3.174 anahtar kelime (rahim ağzı kanseri, tarama, kanser taraması, kırsal, meme kanseri, rahim ağzı kanseri taraması, kolorektal kanser, kırsal sağlık ve mamografi) tespit edilmiştir.

Yöntemler: Veriler, Ağustos 2025 itibarıyla Web of Science Core Collection (WoSCC) kullanılarak Biblioshiny ve VOSviewer programları ile analiz edilmiştir. Elde edilen makale çalışmaları, yıllar içindeki değişiklikler, yazar analizi, kurum analizi, atıf analizi, yayıncı dergi ve ülke analizi ve anahtar kelime analizi incelenerek değerlendirilmiştir.

Sonuç: Bu bibliyometrik analiz, kırsal alanlarda kanser taramasını değerlendiren ilk kapsamlı çalışmadır. Son yıllarda bu alandaki çalışmaların arttığı gözlemlenmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, özellikle kırsal alanlarda kanser taraması ve akademik çalışmalara öncelik verilmesi önerilmektedir. Ayrıca, kırsal bölgelerde kanser taramalarında sağlık eşitsizliklerinin en aza indirilmesi ve bazı kanser taramalarının (endometrial, akciğer ve prostat) hak ettikleri ilgiyi görmediği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik analiz, erken tanı, hemşirelik, kanserin erken teşhisi, kırsal, kırsal hemşirelik, kırsal nüfus, kırsal sağlık

Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Sağlık Çalışanlarının Algısı Ölçeği'nin (KYŞ-SÇA) Psikometrik Özellikleri

Mukaddes Miral¹, Özlem Can Gürkan², Hülya Akan³, Tuğba Bozdemir⁴, Esra Çınar Tanrıverdi⁵, Primary Healthcare Workers Network for the Prevention of Violence Against Women⁶

¹Hemşirelik Bölümü, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,

mukaddesmiral@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0002-0696-8923>

²Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. ozlemcan@marmara.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0002-5608-6208>

³Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, hulya.akan@bezmialem.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-7912-9047>

⁴Hemşirelik Yüksekokulu, Maltepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

tugbabozdemir@maltepe.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-5230-4300>

⁵Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Turkiyesra.cinar@atauni.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0002-8857-3986>

⁶Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Kadına Yönelik Şiddeti Önleme Ağı, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı

Giriş: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanları, kadına yönelik şiddetin tanınması ve uygun şekilde yönlendirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Ancak bu süreçte aktif katılımları, çoğu zaman kişisel inançları, mesleki sorumluluk algıları ve müdahalenin sonuçlarına ilişkin beklentilerinden etkilenmektedir.

Amaç: Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla sağlık inanç modeli doğrultusunda tasarlanmış çok boyutlu bir araç olan Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Sağlık Çalışanlarının Algısı Ölçeği'nin (KYŞ-SÇA) geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, Avrupa Birliği & Birleşmiş Milletler Kadın Birimi (UN Women) tarafından desteklenen ve Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAP Vakfı) tarafından hayata geçirilen “Şiddete Maruz Kalan Kadınlar İçin Sağlık Sistemi Mevzuatının Uygulama Adımlarıyla Güçlendirilmesi Projesi” kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Metodolojik tipteki çalışma, 2025 yılında Türkiye genelinde gerçekleştirildi. Örneklem araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 408 sağlık çalışanı oluşturdu.

Veriler, demografik bilgi formu ve taslak Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Sağlık Çalışanlarının Algısı Ölçeği (KYŞ-SÇA) kullanılarak elde edildi.

Öncelikle araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak 45 maddelik bir madde havuzu oluşturuldu. 12 uzmanın değerlendirmesi sonrası 36 maddelik taslak KYŞ-SÇA elde edildi. Pilot çalışma sonrası, taslak ölçek Google Forms kullanılarak çevrimiçi bir ankete dönüştürüldü ve Türkiye genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarına gönderilerek veri toplama işlemi gerçekleştirildi. Veri toplama sürecinde, olasılıksız örneklem yöntemlerinden kartopu yöntemi kullanıldı.

Veriler, kapsam geçerliliği, madde (I-CVI) ölçek (S-CVI) düzeyinde kapsam geçerlilik indeksi

kullanılarak değerlendirildi. Yapı geçerliliğini incelemek için rastgele bölünmüş alt örnekler üzerinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (CFA) yapıldı. İç tutarlılık Cronbach's Alpha ve test- r test ile yapıldı.

Bulgular: Kapsam geçerlilik indeksleri, uzmanlar arasında mükemmel bir uyum olduğunu gösterdi (I-CVI = 0,90–1,00; S-CVI / Ortalama=0,97). AFA, toplam varyansın %65,25'ini açıklayan 17 maddeden oluşan üç faktörlü bir yapı ortaya koydu. Faktörler, algılanan faydalar (5 madde), algılanan yeterlilik (8 madde) ve algılanan hassasiyet (4 madde) olarak adlandırıldı. CFA, kabul edilebilir uyum indeksleriyle (CFI = 0,970, TLI = 0,964, RMSEA = 0,061) üç faktörlü modelin yeterliliğini doğruladı. Ölçeğin genel iç tutarlılığı yüksekti (Cronbach's Alpha = 0,92). Test-r test güvenilirliği, orta düzeyde zamansal istikrar gösterdi (ICC = 0,694, $p<0,001$).

Sonuç: KYŞ-SÇA ölçeği, sağlık çalışanlarının kadınlara yönelik şiddete ilişkin algılarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık çalışanları, kadına yönelik şiddet, kadına yönelik şiddet algısı, ölçek

0-1 Yaş Döneminde Bebeği Olan Ebeveynlerin Uyku Hijyeni Eğitimi Hakkındaki Görüşleri: Nitel Bir Çalışma

Ebru İkbāl Gülenay¹, Çağrı Çövenler Özçelik²

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, ebruikbal02@gmail.com , <https://orcid.org/0009-0000-0766-668X>

²Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, ccovener@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0002-7912-4553>

Giriş: Uyku, bebeklikten ergenliğe gelişimi şekillendiren dinamik bir süreçtir. Uyku kalitesini artırmaya yönelik çevresel ve davranışsal düzenlemeleri kapsayan 'uyku hijyeni', özellikle bebeklerde tamamen ebeveyn yönetimine bağlıdır. Bu nedenle, sağlıklı nesiller yetiştirmek adına birinci basamak sağlık kuruluşlarında ebeveynlere verilecek erken dönem uyku hijyeni eğitimleri stratejik bir öneme sahiptir.

Amaç: Bu çalışmada; 0-1 yaş döneminde bebeği olan ebeveynlerin uyku hijyeni eğitimi hakkındaki düşünce ve deneyimlerini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, Şubat 2025- Haziran 2025 tarihleri arasında, 16 annenin katılımıyla gerçekleştirilen odak grup görüşmeleri yoluyla toplanmıştır. Nitel verilerin değerlendirilmesinde analiz süreci üç aşamada gerçekleştirilmiştir: Birinci aşamada araştırma amacı (1. düzey kodlama), ikinci aşamada verilerin sınıflandırılması (2. düzey kodlama) ve üçüncü aşamada ise sınıflandırılan veriler doğrultusunda temaların oluşturulması (3. düzey kodlama) sağlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliğini artırmak amacıyla, veriler araştırmacı haricinde iki farklı uzman tarafından da Intellectus360 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaşları 29-41 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 33.8 ± 4.1 yıldır. Araştırma sonucunda, katılımcıların tamamının gebelik öncesi dönemde herhangi bir uyku hijyeni eğitimi almadığı saptanmıştır. Elde edilen verilerin analizi neticesinde bulgular; 'Uyku Hijyeni ile İlgili Bilgi Eksikliği', 'Bebeklerde Uyku Rutinleri', 'Uyku Ortamının Düzenlenmesi', 'Uyku Hijyeni Eğitiminin Faydaları' ve 'Uyku Süreci ile İlgili Endişeler' olmak üzere beş ana tema altında toplanmıştır. Bebeklerini uyuturken çeşitli zorluklar yaşadıklarını ve endişe duyduklarını ifade eden anneler, bu konuda sağlanacak profesyonel bir eğitimin kendilerine önemli katkı sağlayacağını vurgulamışlardır.

Sonuç: 0-1 yaş arası bebeği olan annelerin, bebeklerini uyuturken yaşadıkları endişe ve duydukları profesyonel destek ihtiyacı ve eğitim gereksinimini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek güncel ve planlı uyku eğitimleri büyük öneme sahiptir. Söz konusu eğitimlerin artırılması, hem toplum sağlık kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayacak hem de ebeveynlerin ilk başvuru noktası olan birinci basamak sağlık kuruluşlarının sistemdeki kritik rolünü ve önemini vurgulayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Uyku, uyku hijyeni, yenidoğan

Ortaokul Öğrencilerinde Sağlık Riski Oluşturan Oyun Davranışlarının Öz Şefkat ile İlişkisi

Hatice Sarıtemur¹, Hasibe Kadioğlu²

¹*Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, saritemurh0@gmail.com , <https://orcid.org/0009-0005-7998-574X>*

²*Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fenerbahçe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, hasibek@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0003-4965-0277>*

Giriş: Ülkemizde ergenler arasında oynanan sağlık açısından riskli oyunların durumunu gösteren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ayrıca literatürde riskli oyunlar ile öz şefkat arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma bulunmamaktadır.

Amaç: Bu araştırmanın amacı bir ortaokulda öğrencilerin sağlık riski oluşturan oyun davranışları ile öz şefkat durumunu belirlemek ve öz şefkat ile sağlık riski oluşturan oyun davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ilişkisel tasarım türü olan bu çalışma İstanbul’da bir ortaokulda 20 Mayıs 2025 ile 20 Haziran 2025 tarihleri arasında 369 öğrenci ile yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçimi kullanılmamış olup tüm öğrenciler davet edilmiştir (N=1170). Çalışma, velisi izin veren ve çalışmaya katılmayı kabul eden 369 öğrenci ile tamamlanmıştır (Katılım oranı %31,53). Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 11 soruluk Anket Formu ve Neff (2003) tarafından geliştirilen Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu kullanılarak toplandı. Veriler SPSS programında tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve korelasyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi. Ölçek kullanım izni, kurum izni ve etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Sağlık açısından riskli olabileceği düşünülen (dijital savaş/mücadele ve dijital korku oyunları, acı biber challenge, yemek yeme yarışı, görev challenge, nefesini tutma challenge, içecek tekleme challenge, kim daha oyunu, kim vurdu oyunu, buzlu su dökme, kanlı para, tuz yeme challenge, 100 butona bas kurtul, dövüş challenge, güven testi) oyunlardan en az birini oynayan öğrenci oranı %69,9 olarak bulunmuştur. Öğrenciler, yalnız başına oynadıkları oyunların %19,75’ini; arkadaşlarıyla oynadıkları oyunların %19,08’ini sağlık açısından riskli bulmuşlardır. Öğrencilerin cinsiyet, sınıf düzeyi, ebeveyn eğitim ve çalışma durumuna göre riskli oyun davranışı oynama arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların yalnız başına en fazla (%43,01) dijital savaş/mücadele oyunlarını oynarken, arkadaşlarıyla geleneksel ve fiziksel spor oyunlarını (%65,39) oynadıkları tespit edilmiştir. Öğrencilerin yalnız başına (%83,54) ve arkadaşlarıyla (%80,24) oynanan oyunları, çoğunlukla 1-2 saat oynadıkları saptanmıştır. Öz şefkat ile sağlık açısından riskli oyun davranışı arasındaki ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Öğrencilerin %69,9’u sağlık açısından riskli olabilecek oyun oynamaktadır. Bununla birlikte katılımcıların oynadıkları oyunların çoğunu riskli bulmamaları, bu konuda yeterli farkındalığa sahip olmadıklarını göstermektedir. Öz şefkat ile sağlık açısından riskli oyun davranışı arasındaki ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, riskli oyun davranışının öz şefkatten bağımsız olarak çevresel faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Öğrencilere güvenli oyun oynamaya yönelik eğitim yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öz şefkat, riskli oyun, yaralanma

0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Otizm Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma

Zahide Aksoy¹, Nisa Nur Öz¹, Furkan Çamurdaş¹

¹Hemşirelik Bölümü, İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul,

Türkiye, aksoyzahide@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0002-5536-638X>

Giriş: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), erken çocukluk döneminde ortaya çıkan; sosyal iletişim ve etkileşimde yetersizlikler ile sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize, yaşam boyu süren bir nörogelişimsel bozukluktur. Güncel veriler OSB prevalansının 1/44 düzeyine ulaştığını göstermektedir. OSB belirtileri çoğunlukla ilk 30 ay içerisinde ortaya çıkmasına rağmen, ebeveynler tarafından erken dönemde fark edilmeyebilmektedir. Tanı ve müdahalede yaşanan gecikmeler; çocukların sosyal, iletişimsel ve akademik gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle anneler, çocuklarıyla günlük yaşamda en fazla etkileşimde bulunan bireyler olmaları nedeniyle otizmin erken tanılanmasında kritik bir role sahiptir. Bu nedenle annelerin otizm farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanı ve koruyucu sağlık yaklaşımı açısından büyük önem taşımaktadır.

Amaç: Bu araştırmanın amacı, 0–6 yaş arası çocuğu olan annelerin otizm farkındalık düzeylerini belirlemek ve bu düzeyi etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: Kesitsel tipte yürütülen bu çalışma, Aralık 2025–Şubat 2026 tarihleri arasında İstanbul ili Kağıthane ilçesinde bulunan iki okul öncesi eğitim kurumuna kayıtlı 0–6 yaş çocukların anneleri ile yürütüldü. Çalışma dahil edilme kriterlerini karşılayan 203 anne ile tamamlandı. Araştırmacılar tarafından okullara gidilerek annelere çalışma hakkında bilgi verildi, araştırmaya katılmayı kabul eden anneler online veri toplama formuna yönlendirildi. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Okul Öncesi Çocukların Annelerinin Otizm Farkındalığı Ölçeği (AOFÖ) kullanılarak toplandı. Ölçekten alınabilecek puanlar 23–96 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha yüksek otizm farkındalığını göstermektedir.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 32,82±5,84 yıl, çocuk sayısı ortalaması 1,87±1,06'dır. Katılımcıların %97,0'ı daha önce “otizm” kelimesini duyduğunu, %82,8'i ise daha önce otizimli bir birey gördüğünü belirtti. Buna karşın, yakın çevresinde otizimli birey bulunan annelerin oranı %40,4 olarak saptandı. Annelerin sağlıkla ilgili bilgiye erişim kaynakları incelendiğinde; sosyal medyanın (%50,7) ve sağlık personelinin (%49,3) birbirine oldukça yakın oranlarda tercih edildiği ve örneklem grubunun bilgi kaynağı açısından iki ana gruba ayrıldığı belirlendi.

AOFÖ toplam puan ortalaması 74,21±11,79 bulunmuş olup, annelerin otizm farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Çevresinde otizimli birey bulunan ve daha önce otizimli bir birey gören annelerin farkındalık puanları, bu deneyime sahip olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Sosyodemografik değişkenler ile otizm farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Bu kesitsel çalışma, 0-6 yaş çocuğu olan annelerin otizm farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Otizimli bireylerle doğrudan ya da dolaylı temas deneyiminin annelerin farkındalık düzeylerini anlamlı biçimde artırdığı, sosyodemografik özelliklerin ise farkındalık üzerinde belirleyici olmadığı saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, özellikle hemşireler aracılığıyla yürütülecek eğitim, danışmanlık ve farkındalık programlarının;



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

otizmli bireylerle teması olmayan annelerde farkındalığın artırılmasına önemli katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, ebeveyn farkındalığı, erken tanı, farkındalık, otizm spektrum bozukluğu

Teşekkür: Bu çalışma, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında desteklenmiş olup, TÜBİTAK'a sağladığı destek için teşekkür ederiz.

Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlere Verilen Çocuk İstismar Eğitiminin Ebeveynlerin Cinsel İstismar Farkındalık Düzeylerine ve Çocuk İstismarına İlişkin Bilişleri Üzerine Etkisi

Fatma Toksöz Güneş¹, Tuğçe Atak Meriç², Nisanur Alim³, Senanur Aytaç⁴, Sena Gençgül⁵

¹Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, f.toksoz1996@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0002-4031-2258>

²İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, tugce.atakmeric@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0001-7599-4538>

³İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, alimnisanur@gmail.com , <https://orcid.org/0009-0003-1194-7240>

⁴İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, senaaytac2002@hotmail.com , <https://orcid.org/0009-0007-7925-8256>

⁵İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, senangl@gmail.com , <https://orcid.org/0009-0000-7414-999X>

Amaç: Çocuk istismarı, dünya genelinde ciddi bir halk sağlığı sorunu olup çocukların sağlığını geriye döndürülemez biçimde etkilemektedir. Özellikle zihinsel veya fiziksel engeli bulunan çocuklar istismara karşı daha savunmasız olup, ebeveynlerin bilgi eksikliği bu riski artırmaktadır. Bu çalışma, engelli çocuğu olan ebeveynlere verilen yapılandırılmış sunum ve interaktif yöntemlerle verilen çocuk istismar eğitiminin, ebeveynlerin cinsel istismar farkındalık düzeyleri ve çocuk istismarına yönelik bilişleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırma, İstanbul’da yer alan bir üniversitenin Engelsiz Yaşam Merkezi’nde yürütülmüş, ön test ve son test tek gruplu yarı deneysel tipte bir çalışmadır. Çalışma Temmuz 2025- Ocak 2026 tarihleri arasında tamamlandı. Araştırma öncesinde G*Power analizi kullanılarak etki büyüklüğü 0,70 (orta düzey), hata payı 0,05 ve güç düzeyi %80 olarak minimum örneklem sayısı hesaplanmıştır. Tam sayım yöntemi kullanılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm ebeveynler örnekleme alınmıştır. Veri toplama araçları olarak Anket Formu, Cinsel İstismar Farkındalık Ölçeği ve Çocuk İstismarına İlişkin Bilişler Ölçeği kullanılmıştır. Ebeveynlere cinsel istismara yönelik yaklaşık 1 saat süren yapılandırılmış bir eğitim sunumu gerçekleştirilmiş; sunumun ardından istismara ilişkin yanlış inançların düzeltilmesini amaçlayan, doğru ve yanlış ifadeler içeren “fanus” tekniği ile interaktif bir uygulama yapılmıştır. Bu süreçte her bir ebeveyn fanusta yazılı ifadeleri kura ile çekerek, yanıtları alınmış ve geri bildirim sağlanmıştır. Eğitimler, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman bir eğitici rehberliğinde yürütülmüştür.

Bulgular: Çalışma toplam 58 engelli çocuğu olan ebeveynle tamamlandı. Ebeveynlerin %92.7’si zihinsel engelli bir çocuğa sahipti ve %96.4’ünün birincil bakım vericisi annelerdi. Ebeveynlerin ön test Cinsel İstismar Farkındalık Ölçeği puanları ortalama 97.36±10.04, son test puanları 106.32±7.11 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$, $d=1.030$). Çocuk İstismarına İlişkin Bilişler Ölçeği ön test puanları 38.47±10.56 iken son testte 34.4±7.17 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$, $d=0.450$). Eğitim sonrasında ebeveynlerin çocuk istismarına ilişkin yanlış inanışlarının ve bilişsel çarpıtmaların azaldığı tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışma, engelli çocuğu olan ebeveynlere yönelik sunum ve interaktif katılımlı cinsel istismar eğitiminin ebeveynlerin cinsel istismar farkındalığını artırdığını ve çocuk istismarına ilişkin yanlış inanışları ve bilişsel çarpıtmaları azalttığını göstermektedir. Bu bulgular, ineraktif eğitimlerin birincil koruyucu sağlık hizmetlerinde etkili bir müdahale aracı olabileceğine işaret etmektedir

Anahtar Kelimeler: Çocuk, ebeveyn, eğitim, farkındalık, istismar

Anorektal Malformasyon (ARM) veya Hirschsprung Hastalığı Olan Çocuklara Bakım Veren Ebeveynlerde Bakım Yükü, Sıkıntı ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Sevil Yılmaz¹, Keziban Babadağ²

¹Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye
sevil.yilmaz@ikc.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0003-4750-8672>

²Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ege Üniversitesi, Bornova, İzmir, Turkey.
kezibanbabadag@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0003-4882-006X>

Giriş: Hayatlarının erken döneminde bir veya daha fazla cerrahi işlem geçirmiş çocuklara bakım vermek, aileler üzerindeki bakım yükü ve stresi önemli ölçüde artırmaktadır.

Amaç: Bu araştırma, Anorektal Malformasyon (ARM) veya Hirschsprung Hastalığı olan çocuklara bakım veren aile üyeleri arasında bakım yükünü, stres düzeyini ve her ikisini de etkileyen diğer faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmanın tasarımı tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Çalışma popülasyonu, 1 Temmuz 2025 ile 15 Şubat 2026 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin pediatrik cerrahi bölümlerinde tedavi olan hastaların birincil bakım verenlerinden oluşmuştur. Çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (tarih: 19 Haziran 2025, onay numarası: 0356). Veriler, tanımlayıcı bilgi formu, Bakım Yükü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kessler Psikolojik Stres (K10) Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmış ve SPSS 26.0 kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya, 45 anne ve 11 baba olmak üzere toplam 56 ebeveyn katılıp ve anketleri tamamlamıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin ortalama yaşı 35,10±13,36 yıl olup, bakım verenlerin %80,4'ü annelerdir. Ebeveynlerin, Bakım Yükü Ölçeği puan ortalaması 58,58±19,18 olup, orta düzeyde bakım yükü saptandı. Kessler Psikolojik Stres (K10) Ölçeği puan ortalaması 29,03±13,00 olup, çok yüksek düzeyde sıkıntı saptandı. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 75,66±10,10 olup, yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları raporlanmıştır. Yapılan Pearson Korelasyon analizinde bakım yükü ile distres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmışken ($p=0.000$), sosyal destek, distres ve bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Bulgular, çocuk hastalarına bakım veren ebeveynlerin yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadığını ve bunun bakım yüküyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde bakım verenler için erken değerlendirme, hasta eğitimi ve psikososyal desteğin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anorektal malformasyon, bakım veren yükü, distres, hirschsprung hastalığı, sosyal destek

Okul Temelli Beslenme Eğitiminin Ergenlerin Beslenme Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi

Elif Akbaş¹, Sümeyye Gezer², Simay Kundakçı³, Güleren Sabuncular⁴, Mehmet Akif Sezerol⁵, Merve Kırlangıç⁶, Şule Aktaç⁷

¹Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, elif.akbas@marmara.edu.tr

²Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, sumeyye.gezer@marmara.edu.tr

³Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, simay.kundakci@marmara.edu.tr

⁴Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, guleren.sabuncular@marmara.edu.tr

⁵Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, mehmetakif.sezerol@sbu.edu.tr

⁶Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye, merve.kirlangic01@gmail.com

⁷Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi İstanbul, Türkiye, sule.aktac@marmara.edu.tr

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ergenlere verilen okul temelli beslenme eğitiminin, öğrencilerin beslenmeye ilişkin tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu tek gruplu ön test–son test tasarımına sahip yarı deneysel araştırma, İstanbul ili Sultanbeyli ilçesinde bulunan bir lisede öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm 9., 10. ve 11. sınıf öğrencileriyle Ekim–Aralık 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma öncesinde öğrenci ve ebeveynlerden bilgilendirilmiş onam alınmış, kurum ve etik kurul izinleri sağlanmıştır. Toplam 9 hafta süren proje kapsamında, ilk iki haftada öğrencilere anket formu uygulanmış ve vücut kompozisyonu ölçümleri gerçekleştirilmiştir. Eğitimler öncesinde, standardize edilmiş eğitim içerikleri stajyer diyetisyenlere ön eğitim ile verilmiştir. Altı hafta süren beslenme eğitimi, eğitim alan stajyer diyetisyenler tarafından gerçekleştirilmiş; “Sağlığımı Yönetebilirim”, “Yeterli ve Dengeli Beslenme”, “İçecekler”, “Sağlıklı Gençlik Rehberi”, “Beden Algısı ve Vücut Ağırlığı” ve “Beslenme Okuryazarlığı” başlıklarında oturumlar düzenlenmiş ve her oturum öncesinde kazanımlara yönelik 10 soruluk ön test uygulanmıştır. Son test hazırlanırken, ön testlerdeki sorulara verilen doğru/yanlış yanıtlar ve öğrenim çıktıları analiz edilmiş ve her bir soruya ait ayırt edicilik katsayısı belirlenmiştir. Ayırtıcılık değerlendirmesi “Çok iyi” ve “İyi” olan sorular, öğrenim çıktıları ve Bloom taksonomisine uygun olarak geliştirilmiş ve 20 soruluk son test hazırlanmıştır. Altı haftalık eğitimin ardından son test uygulanarak bilgi, tutum ve beslenme davranışlarındaki değişim değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 239 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların %62,8’i kız öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin %49,9’u 9.sınıf, %30,1’i 10.sınıf ve %20,9’u 11.sınıfta öğrenim görmektedir. Beslenme eğitimleri sonrasında öğrencilerin en yüksek oranda sosyal medyada karşılaşılan beslenme bilgilerini sorgulama ve su tüketimini artırma davranışlarını bildirdikleri görülmüştür. Buna karşın, tam tahıl tüketimini artırma ve tuz tüketimini azaltma davranışlarının daha düşük oranda bildirildiği belirlenmiştir. Son teste verilen doğru yanıtlarda da artışlar meydana geldiği; Sağlıklı Tabak Modeli ve Beden Kütle İndeksi değerlendirmesi (BKİ) konularında doğru yanıt oranları sırasıyla %0,0’dan %83,3’e ve %3,8’den %65,7’ye



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

yükselmiştir ($p<0,001$).

Sonuç: Okul temelli beslenme eğitimi, ergenlerde beslenmeye ilişkin bilgi, tutum ve davranışları olumlu yönde etkilemiştir. Bu doğrultuda, beslenme eğitimlerinin okul müfredatına entegre edilmesi ve sürdürülebilir okul sağlığı programları kapsamında yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: beslenme eğitimi, ergen, okul temelli müdahale

Yetişkinlerde İklim Değişikliği ve Çevresel Sürdürülebilirlik Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması

Melahat Tanboğa¹, Nurcan Kolaç²

¹Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, mail <https://orcid.org/0009-0001-2648-845X>

²Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimler Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, nkolac@marmara.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8258-0998>

Giriş: İklim değişikliği, şu anda karşı karşıya olduğumuz en acil küresel sağlık sorunlarından biridir. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında bireylerin sağlıklı, kaliteli ve sürdürülebilir bir yaşam sürdürmelerinin sağlanması temel hedefler arasındadır. Bu doğrultuda yetişkinlerin iklim değişikliği ve çevresel sürdürülebilirlik konusunda tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi; buna yönelik bireysel ve toplumsal sorumluluklarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yetişkinlerde iklim değişikliği ve çevresel sürdürülebilirlik ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir.

Yöntem: Bu çalışma metodolojik türde bir araştırmadır. Araştırma Temmuz- Ekim 2025 tarihleri arasında İstanbul ‘da gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini 18- 65 yaş ve üstü 570 yetişkin oluşturdu. Veriler internet ortamında, araştırmacının sosyal medya hesapları aracılığıyla toplandı. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu ve Yetişkinlerde İklim Değişikliği ve Çevresel Sürdürülebilirlik Taslak Formları kullanıldı. Taslak form 32 madde ve 5 alt boyuttan (İklim Değişikliğine Yönelik Bilgi Düzeyi ve Farkındalık İklim Değişikliğine Karşı Bireysel Sorumluluk Bilinci, İklim Değişikliğine Yönelik Çevre Dostu Davranışlar Karbon Ayak İzini Azaltmaya Yönelik Tutum ve Davranışlar, Sürdürülebilir Beslenme ve Yaşam Alışkanlıkları) oluşturuldu. Ölçek geliştirme süreci üç aşamada gerçekleştirildi. (1) Literatür tarama ve madde havuzu oluşturma, (2) maddelerin içerik geçerliliği için 10 uzmandan görüş alma, (3) ölçeğin 570 yetişkine uygulanarak geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması. Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların güçlendirilmesi (STROBE) kontrol listesi kullanılarak raporlandırıldı. Ölçeğin kuramsal çerçevesini Ölçeğin yapı geçerliği faktör analizi kullanılarak, güvenilirliği ise iç tutarlık ve yarıya bölme yöntemleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 31,19±10,99 (min-maks: 18-74) olup %47,5’i lisans düzeyinde eğitim almıştır. Yalnızca %5,4’ünün iklim değişikliği ile mücadele eden ulusal veya uluslararası bir kurum/kuruluşa üyedir. Ölçeğin kapsam geçerliği indeksi 0,80’nin üzerinde bulundu. Faktör analizi sonucunda öz değeri 1 ve üzeri olan toplam varyansın %60,06 ’sını açıklayan beş faktör elde edildi. 32 maddeden oluşan taslak ölçek üzerinde uygulanan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 8 madde (12-13-16-19-20-24-30-32 Maddeler) analizden çıkarılarak kalan 24 madde üzerinden yinelenen analizler sonucunda geçerli-güvenilir, beş faktörden oluşan bir ölçek geliştirildi Buna göre iklim değişikliğine yönelik bilgi düzeyi ve farkındalığın toplam varyansının %31.83’ini, iklim değişikliğine karşı bireysel ve kurumsal sorumluluk bilincinin toplam varyansının %12.16’ını, iklim değişikliği ile mücadelede çevre dostu davranışların toplam varyansının %5.95’sini, karbon ayak izini azaltmaya yönelik tutum ve davranışlarının toplam varyansının %5.47’sini ve çevre dostu beslenme –yaşam alışkanlıklarının toplam varyansının %6.64’ünü açıkladığı belirlendi. Ölçeğin Cronbach’s Alfa değeri 0,90 olarak belirlendi. Yarıya bölme yöntemi sonucunda ise ilk yarının Cronbach’s Alfa



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

değeri 0,80; ikinci yarının ise 0,82 olarak belirlendi ve Guttman Cronbach's Alfa değeri 0,86 olarak bulundu.

Sonuç: Yetişkinlerin iklim değişikliği ve çevresel sürdürülebilirliğe yönelik tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek güvenilir ve geçerli bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20 ve en yüksek puan ise 100'dür. Ölçeğin toplumda yetişkinlere yönelik eğitim ve girişimlerin içeriğini planlamak ve etkililiğini değerlendirmek için kullanılması önerilir.

Anahtar sözcükler: Çevresel sürdürülebilirlik, iklim değişikliği, ölçek geliştirme

Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Profesyonellerinde Yapay Zekâ Okuryazarlığı ve Yapay Zekâ Öz Yeterliliği: Kesitsel Bir Çalışma

Ozan Özkol¹, Emine Ekici², Mehmet Akif Sezerol³

¹Halk Sağlığı Hemşireliği, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye, ozanozkol81@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-5778-7282>

²Halk Sağlığı Hemşireliği, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye, emineekici@maltepe.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-7933-4107>

³Halk Sağlığı Anabilim dalı, Dahili Tıp Bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye, masezerol@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6744-1343>

Giriş: Teknolojik gelişmeler, sağlık sistemleri de dahil olmak üzere tüm alanlarda önemli dönüşümlere yol açmıştır. Güncel teknolojilerden biri olan yapay zekâ (YZ), özellikle sağlık kuruluşlarının geleneksel işleyişini değiştirme potansiyeline sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri de zaman içinde YZ teknolojilerini giderek daha fazla kullanacaktır. Bu teknolojik dönüşümün başarısı yalnızca altyapı yeterliliğine değil; aynı zamanda birinci basamak sağlık profesyonellerinin YZ'ye yönelik bilgi düzeylerine, kullanım becerilerine ve öz yeterlilik algılarına da doğrudan bağlıdır.

Amaç: Bu çalışma ile birinci basamak sağlık profesyonellerinin (hemşire, hekim, ebe, acil tıp teknikeri, çevre sağlığı teknikeri) yapay zekâ okuryazarlıkları (YZO) ile yapay zekâ öz yeterlilikleri (YZÖY) arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel türde planlanan bu çalışma, Temmuz ile Eylül 2025 tarihleri arasında İstanbul'un bir ilçesindeki 24 aile sağlığı merkezi ve bir ilçe sağlık müdürlüğünde görevli sağlık profesyonelleri ile yürütülmüştür. Veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formu, Yapay Zekâ Okuryazarlığı Ölçeği ve Yapay Zekâ Öz Yeterlilik Ölçeği ile çevrimiçi, kolaylık örnekleme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya 247 birinci basamak sağlık çalışanı katılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 39,20±8,77 yıl olup, %76,5'si kadın, %59,1'i lisans mezunu, %46,5'i hemşire/ebe ve %45,3'ü hekimdi. Sağlık çalışanlarının %4,6'sı YZ araçlarına yönelik eğitim almıştı ve en sık kullandığı YZ aracı ChatGPT (%86,1)'idi. Katılımcıların YZO puan ortalaması 59,48±12,80 (Min:12, Maks:84) ve YZÖY puan ortalaması 69,39±17,65 (Min:21, Maks:105) olarak bulunmuştur. Ölçeklerden alınabilecek puanlar dikkate alınarak yapılan değerlendirmede her iki ölçek puanı da orta düzey olarak belirlenmiştir. Pearson korelasyon analizi sonucunda YZO ile YZÖY değişkenleri arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,387$, $p<0,001$).

Sonuç: Birinci basamak sağlık profesyonellerinin YZO ve YZÖY'lerinin orta düzeyde olduğu düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının YZO ya da YZÖY düzeylerini artırmaya yönelik eğitim temelli girişimlerin planlanması günümüzde önemli bir gerekliliktir. Gelecek araştırmalarda birinci basamak sağlık çalışanlarının YZO ve YZOÖY algısı ile ilişkili diğer faktörlerin belirlenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, okuryazarlık, öz yeterlilik, sağlık çalışanları, yapay zekâ

İstanbul'da Bulunan Bir Tıp Fakültesi Hastanesindeki Hastaların Kendi Etnik Kökeninden Olan ve Olmayan Doktorlara Muayene Olma Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi

Ülkü Sur Ünal¹, Rahmi Talha Salgut², Yusuf İlhan³, Ayşe Enise Nalbat⁴, Erkan Kırıl⁵

¹Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, sur.unal@marmara.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-4758-4413>

²Tıp Fakültesi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, salgut.omersalgut46@gmail.com

³Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, yyusufilhan25@gmail.com

⁴Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, enisenlbt@gmail.com

⁵Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, erkankiral2003@gmail.com

Giriş: Küreselleşme ve artan göç hareketleri, sağlık sistemlerinde etnik çeşitliliği artırmış ve hasta-doktor etkileşiminde kültürel faktörlerin önemini ön plana çıkarmıştır. Etnik uyum veya uyumsuzluğun hasta güveni, tedaviye uyum ve sağlık sonuçları üzerindeki etkisi, çağdaş sağlık hizmetlerinde giderek artan bir araştırma alanı haline gelmiştir.

Amaç: Bu çalışma, İstanbul'daki bir tıp fakültesi hastanesine başvuran hastaların, doktorların etnik kökenine bağlı tutumlarını, doktor tercihlerini ve bu tercihlerin hastalık ciddiyetine göre değişimini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Mart-Nisan 2025 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Prof. Dr. Asaf Ataseven Ek Hizmet Binası'nda yürütülen bu kesitsel analitik çalışmaya basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 163 hasta katılmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgiler, etnik köken ve kronik hastalık durumu ile A (etnik benzerliğin hasta tutumu ve iletişime etkisini anlamaya yönelik sorular) ve B (etnik benzerliğin doktor tutumu algısı ve bakım kalitesine etkisini anlamaya yönelik sorular) olmak üzere Likert tipi maddeler içeren yapılandırılmış anket kullanıldı. A ve B grup maddelerinin güvenirlik katsayıları sırasıyla Cronbach's $\alpha = 0,89$ ve $0,85$ idi. Veriler Jamovi 2.3.21 ile analiz edildi; Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve ANOVA testleri kullanıldı; istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi. Etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09.2025-25-0023 numarası ile verilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 163 hasta katıldı (%55,2 kadın, %44,8 erkek; yaş ortalaması 36,6). Hastaların %55,3'ü lisans mezunuydu ve %86,6'sı Türk etnik kökenine sahipti. Eğitim düzeyi grupları ve etnik köken grupları arasında hem A ($p < 0,01$) hem de B anket sonuçları ($p < 0,05$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı; yüksek eğitimliler ve Türk hastalar etnik köken farkına daha ılımlı yaklaştı. Cinsiyet ve kronik hastalık varlığı grupları arasında A ve B anket sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Hem basit hem de ciddi sağlık sorunlarında başvuruda en çok tercih edilen seçenek "Türkiye'de eğitim almış Türk doktor" oldu (sırasıyla %53,4 ve %52,1); ciddi sağlık sorunlarında "Amerika'da eğitim almış Türk doktor" tercihinin oranı artmıştı.

Sonuç: Etnik uyum, hasta iletişimi ve doktor algısı üzerinde belirleyici olup, eğitim düzeyi ve etnik köken farklılıkları bu ilişkiyi etkilemektedir. Bulgular, hasta iletişimi ve kültürel farkındalık konularının birinci basamak uygulamalarında ve ileride yapılacak çalışmalarda daha ayrıntılı incelenmesinin faydalı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Doktor Hasta İlişkisi, Doktor Tercihi, Etnisite, Önyargı

Hiperpolifarmasi ve Multimorbidite Durumunda Teletıp Tabanlı Motivasyonel Görüşme ile Sigara Bıraktırma: Bir Olgu Sunumu

Merve Rukiye Erdemir¹, Eyyup Topak², Elif Irmak Soylu³, Ayla Müge Adıyaman⁴, Dersu Taş⁵, Melike Mercan Baspınar⁶, Okcan Basat⁷

¹Aile Hekimliği Kliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, mrukiyeserttas@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-9265-9498>

²Aile Hekimliği Kliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, topakeyyup2@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-4295-7989>

³Aile Hekimliği Kliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, irmaakelif@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-8685-9644>

⁴Aile Hekimliği Kliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, dr.mugeadiyaman@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-9879-1649>

⁵Sigara Bırakma Polikliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, tdersu@yahoo.com.tr, <https://orcid.org/0009-0009-9244-9297>

⁶Aile Hekimliği Kliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, drmelikemercan@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3183-3438>

⁷Aile Hekimliği Kliniği, Gaziosmanpaşa EAH, İstanbul, Türkiye, okcanbasat@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5222-9136>

Giriş: Sigara kullanımı, özellikle otoimmün hastalık varlığında hastalık aktivitesini artırarak multimorbid bireylerde klinik seyri olumsuz etkilemektedir. Hiperpolifarmasi varlığında farmakolojik sigara bırakma tedavilerinin kontrendike veya tolere edilemez olması yönetimi güçleştirmektedir. Bu bağlamda, tele-sağlık destekli motivasyonel görüşme hasta merkezli ve güvenli bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

Amaç: Multimorbidite ve hiperpolifarmasi nedeniyle farmakolojik tedavi seçeneklerinin kullanılamadığı bir hastada, tele-tıp tabanlı motivasyonel görüşmenin sigara bırakma sürecindeki etkinliğinin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 41 paket-yıl öyküsü ve günde 25 dal sigara tüketimi bulunan 57 yaşındaki kadın hasta sigara bırakma desteği için değerlendirildi. Başvuru sırasında FNBT skoru 7 ve ekshale CO düzeyi 13 ppm olarak saptandı. HAD ölçeğinde hafif anksiyete (HAD-A: 8) ve normal depresyon (HAD-D: 1) düzeyi mevcuttu. Hastada Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, mekanik mitral kapak replasmanı, atriyal fibrilasyon, dirençli hipertansiyon, tip 2 diyabet, Parkinson hastalığı, huzursuz bacak sendromu, osteoporoz ve obstrüktif uyku apnesi bulunmaktaydı. Antikoagülan kullanımı, aritmi riski ve sedatif tedaviler nedeniyle bupropion, vareniklin ve sitizin tercih edilmedi, nikotin replasman tedavisi başlandı. Nikotin sakızı ise gastrointestinal intolerans ve teknik uyumsuzluk nedeniyle sürdürülemedi ve hasta sigara içmeye devam etti. Müdahale, sigara bırakma tedavisi ve motivasyonel görüşme konusunda sertifikalı bir hekim tarafından yürütülmüş, davranışsal bileşen psikolog ile iş birliği içinde planlanmıştır. Hastaya bağımlılık temalı film önerileri, Türk Toraks Derneği hasta eğitim kitapçığı ve Yeşilay mobil uygulaması sunulmuştur. Müdahale olarak; yüz yüze haftalık danışmanlık, telefonda haftalık 5A5R kapsamında tele-sağlık görüşmeleri ile hastanın sigarayı bırakmasının yararları, devamının hastalığı ile ilişkisi, bırakmasının önündeki engelinin hakkında görüşülmesi, ve kısa mesaj hatırlatmaları ile bırakma davetinin hatırlatılmasından oluşan yapılandırılmış görüşme programı ile farkındalığının artırılması ve isteğinin devamı şeklinde planlandı. İlk 2 hafta sigaraya devam edildi, üçüncü hafta lapse oldu. Hasta 1 ay sonunda sigarayı bıraktı, izlem süresince yoksunluk semptomlarını sürdürdü,

en çok içme arzusundan bahsetti ve aylık yüz yüze izlemle devam edildi. İkinci ayda ekshale CO düzeylerinde belirgin düşüş (CO: 4 ppm) gözlenmiş, solunum yakınmaları ve yorgunlukta azalma bildirilmiştir. Hasta tekrar lapse olmuş ve üçüncü ay yeniden bırakma denemesi ile tedavisi devam etmiştir.

Bu olguda, hastada özdenetimin gelişmesi ve sık aralıklı görüşmelerin sağladığı olumlu sonuçlar, çoklu ilaç kullanımı ve multimorbidite varlığında sigara bırakmada yapılandırılmış görüşme modellerinin önemine ve hekimlerin bu alandaki yetkinliğinin geliştirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Tartışma Soruları

- Multimorbidite ve hiperpolifarmasi varlığında sigara bırakma tedavi algoritması nasıl yapılandırılmalıdır?
- Farmakolojik tedavinin kullanılmadığı durumlarda tele-tıp tabanlı uygulamalar ve motivasyonel görüşmenin yeri nedir?
- Bu yaklaşımın birinci basamak ve kronik hastalık yönetiminde yaygınlaştırılabilirliği mümkün müdür?

Anahtar Kelimeler

Motivasyonel görüşme, Multimorbidite, Polifarmasi, Sigara bırakma, Tele-tıp

Tip II Diyabet Tanılı Hastaların Açlık Plazma Glukozu ve HbA1c Değerlerine Göre Birinci Basamakta İç Hastalıkları Tarafından Değerlendirilme İhtiyacının Oranı: Tek Merkez Deneyimi

Mehmet Yıldız¹, Fevziye Türkoğlu Genç²

¹Aile Hekimliği, Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, Bulancak Şehit Er Enver Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi, Giresun, Türkiye, e-posta: drmehtetyildiz54@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0706-0906>

² İç Hastalıkları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye, e-posta: fevziyeturkoglu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4674-7399>

Giriş: Tip 2 diyabet, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların önlenmesi için etkin ve sürdürülebilir glisemik kontrol gerektiren kronik bir hastalıktır. Sonmez ve arkadaşlarının 2019 yılında endokrinoloji bölümlerinde yürüttüğü ulusal bir çalışmada Tip 2 diyabet hastalarının yalnızca yaklaşık yarısının HbA1c hedeflerine ulaşabildiği ve metabolik kontrol oranlarının istenen düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Bu durum, birinci basamakta düzenli izlem ve gerektiğinde üst basamaklara zamanında yönlendirme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, Tip II diyabet tanılı hastalarda açlık plazma glukozu (APG) ve HbA1c hedeflerine ulaşma oranının gözlemlenmesi ve hedef dışı kalan hastaların iç hastalıkları tarafından değerlendirilme ihtiyacının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Hastalık Yönetim Platformu-Diyabetes Mellitus İzlemi üç aylık dönemi kapsayan, toplam 86 Tip II diyabet hastasını içeren, retrospektif, kesitsel bir dizayna sahiptir. Hastalar APG ≤ 130 mg/dL ve HbA1c $\leq 7\%$ olanlar ile APG >130 mg/dL veya HbA1c $>7\%$ olanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. APG >130 mg/dL veya HbA1c $>7\%$ olanlar klinik olarak hedef dışı kabul edilmiş, iç hastalıkları bölümüne yönlendirilmiştir. İki bağımsız gruba ait sürekli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılıp ortanca (25. - 75. çeyrekler) değerler, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testleri kullanılıp sayı (%) şeklinde ifade edilmiştir ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 86 hastanın yaş ortancası 64 (59–70) yıl olarak saptanmıştır. Olguların 38'i (%44,19) kadın, 48'i (%55,81) erkekti. Glisemik hedeflere ulaşan 46 (%53,5) hastada APG ortanca değeri 117 (102–141) mg/dL ve HbA1c ortanca değeri %6,5 (6,1–8,6) olarak bulunmuştur. Hedef dışı kalan 40 (%46,5) hastada ise APG 151,5 (134,5–177) mg/dL ve HbA1c %7 (6,2–7,35) olarak saptanmış, klinik değerlendirmesi yapılmış ve iç hastalıkları bölümüne yönlendirilmiştir. APG düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir ($p=0,001$). HbA1c değerleri açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,304$).

Sonuç: Birinci basamakta üç aylık izlemde değerlendirilen Tip II diyabet hastalarının yaklaşık yarısının hedef glisemik değerlere ulaşamadığı saptanmıştır. Bulgularımız, ulusal verilerle uyumlu olarak glisemik kontrolün halen istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Diyabet yönetiminde etkin sonuçlar için birinci basamaktan iç hastalıkları ve endokrinolojiye uzanan, koordineli ve sürekliliği olan bir izlem zincirinin daha da güçlendirilmesi ve yaşam tarzı değişikliği önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, tip 2 diyabet, glisemik kontrol, yaşam tarzı değişikliği

Gebelik Döneminde Cinselliğ İlişkin Duygusal Algılar ve Kültürel İnançlar: Kesitsel Bir Çalışma

Aslı Nur Şahin¹, Esra Çalışkan²

¹Doğumhane Birimi, Çamlıca Medicana Hastanesi, İstanbul, Türkiye,
sahinaslnurr@gmail.com , <https://orcid.org/0009-0000-0259-9668>

²Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,
esra.caliskan@sbu.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0001-8650-8582>

Giriş: Gebelik kadını fizyolojik ve psikolojik olarak etkileyen önemli yaşam dönemlerinden biridir. Gebelik döneminde hem fizyolojik hem psikososyal sebeplerle çiftin cinsel davranışları da etkilenmektedir. Çiftlerin gebelikte cinselliğe ilişkin bilgi ve inanışları örf, adet, gelenek, dini inanışlar, çevre ve kültür etkisi altındadır. Halk arasında gebelik sürecinde cinsel ilişki gerçekleşmesi durumunda anne veya bebeğin zarar görmesinden ebeveynlerin ilişkilerinin zarar görmesine kadar birçok yaygın inanış bulunmaktadır. Bu inanışlar sonucunda ise çiftler gebelikte cinsellikten kaçınmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gebelikte cinselliğe ilişkin duygusal algılar ve kültürel inanışların cinsel yaşantı üzerindeki etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarıma sahip çalışma, çevrim içi veri toplama yoluyla yürütülmüş olup, 20 Ocak-20 Mayıs 2023 tarihleri arasında kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılan 134 gebe kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Karar no: 23-69; 12.04.2023). Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı şekilde oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu ile Gebelikte Cinselliğe İlişkin İnançlar Soru Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklere ek olarak Pearson Ki-kare, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanılmış; anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 27.3 ± 4.73 , gebelik haftası ortalaması ise 27.2 ± 8.68 'dir. Gebelerin %98.5'i gebelik öncesinde cinsel yaşamlarında sorun yaşamadığını, %55.2'si gebeliğin cinselliği etkilemediğini, %35.1'i ise olumsuz etkilediğini belirtmiştir. %55.2'si gebeliğin ve cinselliğin olumlu çağrışımlar yaptığını iletti. "Gebelikte cinselliği tek bir kelime ile ifade etmeniz istense, bu kelime ne olurdu?" ile "Gebeliğin Cinsel Yaşantıya Etkisi" karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlılık saptandı. Ayrıca, gebelik ve cinselliğe ilişkin olumlu duygusal algıya sahip kadınlar ile olumsuz duygusal algıya sahip kadınlar arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda gebeliğin cinsel yaşantıya etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gebelik ve cinselliğe ilişkin duygusal algıları olumsuz olan kadınların, gebeliğin cinsel yaşantı üzerindeki etkisini daha olumsuz değerlendirme eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların gebelikte cinselliğe ilişkin duygusal algılarını tek kelime ile ifade etmeleri istendiğinde %55.2'si pozitif, %22.4'ü negatif ve %22.4'ü nötr kelimeler kullanmıştır. İkinci ve üçüncü trimester arasında kullanılan ifadelerin duygusal tonları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Sonuç: Katılımcıların gebelikte cinselliğe ilişkin yapılandırılmış eğitim/danışmanlık alma oranlarının düşük olduğu, buna karşın cinselliğe ilişkin yanlış inanışları çoğunlukla reddettikleri görülmüştür. Ancak bazı ifadelerde bilimsel bilginin kültürel anlatılarla iç içe geçtiği gri alanlar olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kültürel inançlar, cinsellik, cinsel davranış, üreme sağlığı

Suriyeli Kadınların Prekonsepsiyonel Bakıma İlişkin Düşünceleri: Nitel Bir Araştırma

Şenay Şermet Kaya¹, Rabia Bölükbaşı²

¹Hemşirelik Bölümü, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir, Türkiye,
sermekayasenay@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7949-1727>

²Psikiyatri Servisi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye,
rabiaboukbasi.225@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-6937-7964>

Giriş: Ülkemize göçle gelen Suriyeli kadınlarda genç yaşta evlilikler, çok ve sık doğumlar olduğu bilinmektedir. Bu durum kadın, anne, bebek ve toplum sağlığı açısından son derece önemli olan prekonsepsiyonel bakımı akla getirmektedir.

Amaç: Bu çalışma Suriyeli kadınların prekonsepsiyonel bakıma ilişkin bilgilerini, davranışlarını ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Nitel türdeki araştırmanın örneklemini, Şubat-Mart 2025 tarihleri arasında Kayseri ilinde Suriyeli ailelerin yaşadığı mahalleler arasından rastgele seçim yöntemi ile belirlenen bir mahallede yaşayan 17 kadın oluşturmuştur. Veriler tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmış ve içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izni ve bireysel onam alınmıştır.

Bulgular: Çalışmanın sonunda üç ana tema ve yedi alt tema belirlenmiştir. Ana temalar; prekonsepsiyonel bakıma ilişkin bilgi, prekonsepsiyonel bakım davranışları ve prekonsepsiyonel bakıma ilişkin düşünceler şeklindedir. Alt temalar ise; bilgi eksikliği/farkındalık yoksunluğu, yanlış/yetersiz bilgi algısı, pasiflik/eylemsizlik, dışsal yönlendirme ile sınırlı davranış, kaderci/doğal süreç algısı, doktor merkezli sorumluluk algısı, gereksiz görme/önemsizleştirme şeklindedir.

Sonuç: Sonuçlar, kadınların prekonsepsiyonel bakıma ilişkin bilgi ve davranışlarının yetersiz olduğunu ve buna ilişkin düşüncelerinin de sağlıklı olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, toplum temelli eğitim ve farkındalık kampanyalarının planlanması ve sağlık profesyonellerinin birinci basamaktan başlayarak, her temas noktasında doğurganlık çağındaki kadınlara prekonsepsiyonel bakımın faydalarını açık, anlaşılır ve proaktif bir dille anlatması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel bakım, göç, suriyeli kadınlar

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Bireylerde Kardiyovasküler Risk Düzeyi, Risk Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

İrem Nur Özdemir Demirel¹, Betül Ertarğın², Merve Kolcu³

¹ Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, iremnur.ozdemir@sbu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-1122-0514>

² Bağcılar 30 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye, betul_ertargin@hotmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-3533-0715>

³ Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, merve.kolcu@sbu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8187-4767>

Giriş: Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık okuryazarlığı ile kardiyovasküler risk ve farkındalığı arasındaki çok boyutlu ilişkinin ele alınması açısından en uygun sağlık hizmetini oluşturmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin kardiyovasküler risk düzeyleri ile risk farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan bu araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bir aile sağlığı merkezine başvuran 40-65 yaş aralığındaki yetişkinler oluşturmaktadır. Bu merkezde 40-65 yaş grubu yetişkin nüfusu 3100 birey bulunmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesaplaması yapılarak örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında %5 hata payı ile 342 kişi olarak hesaplanmıştır. Veriler, kişisel bilgi formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Kardiyovasküler Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ) ve Kardiyovasküler Risk Değerlendirme Aracı (SCORE2) kullanılarak Kasım 2025-Ocak 2026 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler SPSS 25.0 programı ile incelenmiştir. Verilerin analizinde; ilişkiler Pearson/Spearman korelasyon testleri ile, farklılıklar ANOVA/Kruskal-Wallis testleri ile ve SCORE2 puanının bağımsız yordayıcılarını belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 50.90 ± 8.08 ve SCORE2 sonuçlarına göre %35.7'si yüksek ve %14.3'ü çok yüksek risk grubundadır. TSOY-32 toplam puan ortalaması 32.28 ± 5.83 olarak saptanmış; bireylerin %48.5'inin sağlık okuryazarlığı yetersiz veya sorunlu-sınırlı olarak belirlenmiştir. SCORE2 puanı ile sağlık okuryazarlığı ve risk farkındalığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Çoklu analizlerde yaş, beden kitle indeksi, sigara kullanımı SCORE2 riskini artırırken; yüksek sağlık okuryazarlığı ve risk farkındalığının riski azaltan bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Bulgular kardiyovasküler risk düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı ve risk farkındalığının azaldığını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, kardiyovasküler riskin yalnızca biyolojik belirleyicilerle değil, bireyin sağlık bilgisini anlama, davranışa dönüştürme kapasitesi ve risk algısı ile de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Birinci basamakta halk sağlığı hemşireleri tarafından yürütülen sağlık okuryazarlığı temelli risk iletişimi ve izlem programlarının risk değerlendirmeleriyle entegre edilmesi, toplumun kardiyovasküler hastalık yükünü azaltmada etkili bir strateji olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, kardiyovasküler risk, risk farkındalığı, sağlık okuryazarlığı, SCORE2

Geleceğin Sağlık Profesyonellerinde Aile Planlaması Bilgi Düzeyi ve Modern Kontraseptif Yöntemlere Yaklaşımın Değerlendirilmesi

Minel Bakan Saylan¹, Emre Dülger¹, Tümay Sadıkoğlu¹

¹Tıp Fakültesi, Yeditepe Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Aile planlaması, bireylerin üreme haklarını destekleyen ve anne-çocuk sağlığının korunmasına katkı sağlayan temel bir halk sağlığı hizmetidir. Etkili kontraseptif yöntemlerin kullanımı, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların kontrolünde önemli rol oynamaktadır. Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin bu konudaki bilgi düzeyleri, hem bireysel sağlık davranışlarını hem de gelecekte sunacakları sağlık danışmanlığını etkileyebilecek önemli bir belirleyicidir. Bu nedenle öğrencilerin aile planlaması konusundaki bilgi düzeylerinin ve kontraseptif yöntemlere yönelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin aile planlaması ve modern kontraseptif yöntemler konusundaki bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel ve tanımlayıcı çalışma, bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde aile planlaması dersi almakta olan toplam 52 birinci sınıf öğrencisinden 44 gönüllü öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile aile planlaması bilgisi ve kontraseptif yöntemlere yönelik farkındalığı değerlendiren 11 soruluk yapılandırılmış bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Anketin 7 sorusu aile planlaması ve cinsel sağlık bilgi düzeyini, 4 sorusu kontraseptif yöntemlere yönelik farkındalığı içermektedir. İstatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak yapılmış; frekans analizi, Ki-kare testi ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların aile planlamasına ilişkin bilgi düzeyleri genel olarak yüksek bulunmuştur. En sık belirtilen bilgi kaynakları internet ve aile olmuştur. Öğrencilerin yarısından fazlası 4–6 kontraseptif yöntemi bildiğini ifade etmiştir. Cinsel sağlık kapsamında, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesine yönelik kontraseptif yöntem konusunda yöneltilen anket sorusunda, HIV/AIDS'in cinsel yolla bulaştığına ilişkin farkındalık %90,7 iken, kan yoluyla bulaş farkındalığı %9,3 olarak saptanmıştır. HIV'in bulaş yollarına ilişkin farkındalık, genel cinsel sağlık bilgisi çerçevesinde değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğu kontraseptif yöntem kullanımını gerekli görmekte ve ideal çocuk sayısını iki olarak belirtmektedir. En etkili yöntem olarak oral kontraseptiflerin bilindiği (%75) görülmesine rağmen danışman rolünde en sık önerilen yöntemin doğal yöntemler (%34,1) olduğu belirlenmiştir. Bilgi düzeyi ile önerilen yöntem arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0,42$; $p<0,01$), ancak bilgi düzeyi yüksek olan bazı öğrenciler danışmanlıkta yine de doğal yöntemleri önermeyi tercih etmiştir. Bu durum, bilgi ve pratik yaklaşım arasındaki uyumsuzluğu göstermektedir.

Sonuç: Sağlık bilimleri öğrencilerinin aile planlaması konusundaki bilgi düzeyleri yüksek olmasına rağmen modern kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi ile önerilen uygulamalar arasında bir uyumsuzluk olduğu görülmektedir. Ayrıca HIV'in bulaş yollarına ilişkin bazı bilgi eksiklikleri dikkat çekmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, eğitim programlarında modern kontraseptif yöntemler ve cinsel sağlık konularının kapsamının genişletilmesinin sağlık eğitimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, kontraseptif yöntemler, sağlık bilimleri eğitimi

Tip 2 Diyabet Hastalarında Emosyonel Yeme Davranışı ile Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Esra Karataş¹, Çiğdem Apaydın Kaya¹

¹Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Tip 2 DM hastalarında emosyonel yeme davranışlarının tedavi sürecini nasıl etkilediğini ortaya koymak hem klinik uygulamalar hem de eğitim programları açısından önem taşıyabilir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı Tip 2 DM hastalarında emosyonel yeme davranışı ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelemektir

Yöntem: Çalışma kesitsel tiptedir. Ağustos-Ekim 2025 tarihleri arasında Pendik'te bir Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini ASM'ye kayıtlı 1080 Tip2 DM hastası oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini %95GA %5 Hata ve %50 bilinmeyen sıklık ile 284 kişi oluşturmaktadır. Örnekleme ulaşmak için ASM'den ilaç yazdırmak ya da kontrolleri için başvuran gönüllü Tip 2 DM hastaları alınmıştır. Araştırmaya Türkçe iletişim kurabilen, en az bir yıldır Tip2 DM tanısı olan 18 yaş üstü hastalar dahil edilmiş, Psikiyatrik bir hastalık tanısı olan, ciddi bir hastalık eşlik eden, Demans/Alzheimer hastalığı olanlar dışlanmıştır. Tüm katılımcılara yüzyüze sosyodemografik özellikleri değerlendiren bir anket ile Emosyonel Yeme Davranışını değerlendiren Hollanda Yeme Davranış Anketi (DEBQ) ve tedaviye uyumu değerlendiren Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8 (MTUÖ-8) uygulanmıştır.

Her iki ölçek için puanlarının yüksek olması Emosyonel yeme davranışı veya tedavi uyumu ile ilgili olumsuzluğu göstermektedir. Veriler SPSS programında analiz edilmiş DEBQ ve (MTUÖ-8) arasındaki ilişki spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca kullandıkları ilaçlar, DM süresi sorulmuş, beyana göre boy ve kiloları kaydedilmiştir ve BMI hesaplanmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortalaması 57 ± 10 yıl olan 285 kişi katılmıştır (%58,6 K). DEBQ puanı ile MTUÖ-8 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif bir korelasyon saptanmıştır ($r^2=-0,104$; $p=0,264$). DEBQ puanı ile BMI arasında zayıf ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($r^2=0,136$; $p=0,021$).

Sonuç: Araştırmanın bulguları Tip2 DM hastalarında emosyonel yeme ile tedaviye uyum arasında bir ilişki olmadığını ancak kilo kontrolü için emosyonel yemenin değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Emosyonel yeme, duygusal yeme, tedaviye uyum, diyabetes mellitus

Obezite Yönetiminde Aile Hekimi Liderliğinde Tele-Sağlık Müdahalesi: Beslenme Davranışlarındaki Değişimin ve Diyet Kalitesinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Fusun Rahşan Ulu¹, Bengi Tör², Didem Kafadar³

¹*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Bağcılar Kirazlı ASM, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Göktürk ASM, İstanbul, Türkiye*

³*Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İUC, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*

Giriş: Obezite prevalansı küresel ölçekte artış göstermekte olup, metabolik sendrom ve kronik hastalıkların temel nedenidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, obezite yönetimi için en stratejik nokta olmasına rağmen, aile hekimlerinin günlük hasta sayısına bağlı olarak hasta başına düşen muayene süresi, hastaların beslenme alışkanlıklarını derinlemesine değerlendirmeyi ve davranış değişikliği takibini zorlaştırmaktadır. Literatür, sık tele-sağlık uygulamalarıyla sık takibin günlük pratiğe entegrasyonunun, tedaviye uyumu artırarak antropometrik ve metabolik sonuçları iyileştirdiğini göstermektedir. Aile hekimliği hasta takibi pratiğinde teknolojinin bir araç olarak kullanılması, zaman yönetimi açısından kritik bir çözüm sunabilir.

Amaç: Obezite ile yaşayan bireylerde aile hekimi tarafından yürütülen ve tele-sağlık (uzaktan izlem ve motivasyonel görüşme) ile desteklenen yapılandırılmış bir takip modelinin; hastaların beslenme alışkanlıkları, beslenme okuryazarlığı (bilgi düzeyi) ve diyet kalitesi üzerindeki etkisini standart bakımla karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bünyesinde yürütülecek, Randomize Kontrollü Deneyisel (RCT) tipte bir araştırmadır. Evreni, ASM'ye kayıtlı VKİ ≥ 30 kg/m² olan 18-40 yaş arası sağlıklı bireyler oluşturacaktır. Örneklem, literatürdeki etki büyüklükleri esas alınarak belirlenecek gönüllü hastalardan oluşacaktır (Öngörülen: n=60). Veri toplama araçları olarak; demografik bilgi formu, validasyonu yapılmış Genel Beslenme Bilgi Anketi (GNKQ), diyet kalitesini ölçmek için 24 saatlik besin tüketim kaydı (Healthy Eating Index-2015 ile analiz edilecek) ve antropometrik ölçüm seti kullanılacaktır. Tüm hastalara GNKQ ya verdikleri cevaplar dikkate alınarak standart beslenme eğitimi verilecektir. Müdahale grubu (n=30), aile hekimi ile yapılan başlangıç görüşmesine ek olarak 12 hafta boyunca haftalık dijital veri bildirimi (kilo, öğün özeti) yapacak ve aylık uzaktan görüşmeler ile desteklenecektir. Hastalara akıllı saat dağıtılarak besin tüketimi ve fiziksel aktivite kayıtlarının tutulması hedeflenmektedir. Sağlıklı yaşam merkezlerinde aylık diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog değerlendirmeleri yapılacaktır. Kontrol grubu (n=30) ise standart "sağlıklı yaşam" broşürü ve rutin poliklinik takibi alacaktır. 3 ay sonunda GNKQ her iki grupta da tekrarlanacaktır. Veriler, SPSS programında tanımlayıcı istatistikler, grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar ile analiz edilecektir.

Bulgular: Literatürdeki benzer tele-sağlık müdahalelerinden elde edilen öncü veriler ışığında; müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla GNKQ skorlarında anlamlı artış, diyetle ilgili farkındalıkta artış (sebze-meyve tüketiminde artış, işlenmiş gıdada azalma) ve buna bağlı olarak bel çevresi ile VKİ vb antropometrik değerlerinde iyileşme beklenmektedir. Özellikle uzaktan izlem desteğinin, hastaların sağlıklı beslenme farkındalığını artırarak visceral yağ oranında azalma ile pozitif korelasyon göstermesi öngörülmektedir.

Sonuç: Önerilen bu proje, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekiminin hastalık yönetimindeki rolünün teknoloji ile güçlendiren bir model sunmaktadır. Elde edilecek sonuçlar, birinci basamakta obezite ile mücadele kapasitesini artıracak, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir takip politikasının geliştirilmesine zemin hazırlayacaktır. Ayrıca, aile hekimliğinde obezite yönetiminde "sağlıklı davranış odaklı" bir modele dönüştürmeye yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, obezite yönetimi, uzaktan sağlık hizmetleri

Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi

Behice Olgun¹, Aydan Akkurt Yalçıntürk²

¹Menderes Aile Sağlığı Merkezi, Kocaeli, Türkiye. behice.olgund@saglik.gov.tr,
<https://orcid.org/0009-0005-2930-1071>

²Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. aydan.akkurtyalcinturk@sbu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-5386-0624>

Giriş: Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran bireylerde ruhsal rahatsızlıklara sıkça rastlanmaktadır. Bu bireylerin erken tanı alması ve uygun tedaviye yönlendirilmesinde ASM'lerde görev yapan hemşire ve ebeler kilit bir role sahiptir. Bu nedenle, hemşire ve ebelerin ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylerin eğitim programlarıyla artırılması büyük önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışma Kocaeli ilinin Çayirova, Darıca ve Gebze ilçelerinde bulunan ASM'lerinde çalışan hemşire ve ebelerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini Kocaeli ilinin Çayirova, Darıca ve Gebze ilçelerinde bulunan 48 tane Aile Sağlığı Merkezinde hemşire ve ebe olarak çalışan toplam 237 sağlık profesyoneli oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemi ise 144 hemşire ve 56 ebe oluşturmuştur. Çalışma verileri "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RHOÖ)" ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS for Windows 22 kullanılarak yapılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t-testi 22 (Independent sample t-testi) ve Man whitney-U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında 0,05 anlamlılık düzeyi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada sağlık profesyonellerinin çoğunlukla kadın (%95,5), 32-38 yaş arasında (%32,5) ve evli (%75,5) olduğu, %72,5'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %51,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %26'sı 6-10 yıldır mesleğinde çalışmakta iken %57,5'inin ASM' de 1-5 yıl arasında çalıştığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik en fazla üzüntü (%23,1) hissettiklerini belirtmiştir. Hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarının 96,97±10,76, ebelerin ruh sağlığı okuryazarlığı ölçek puan ortalamalarının 95,98±10,47 olduğu belirlenmiştir. "Kendi kendine yardım" alt boyutunda ve "Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi" alt boyutunda hemşire grubunun puanı ebe grubundan daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Sonuç: Çalışmada aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin ve ebelerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle hemşire ve ebelere hizmet içi eğitimlerde ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, ebe, hemşire, ruh sağlığı okuryazarlığı



3.ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÇALIŞTAYLAR

Aşı Kararsızlığı, Aşı Karşıtlığı ve/veya Aşı Reddi Durumlarına Yaklaşım

Prof. Dr. Ayşe Ergün, Uzm. Dr. Hatice Rümeysa Selvi

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, aergunakademik@gmail.com ,<https://orcid.org/0000-0003-3132-2005>

²Aile Hekimliği Kliniği, SBÜ İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye, dr.hrd87@gmail.com , <https://orcid.org/0000-0001-9933-7292>

Giriş: Aşı kararsızlığı, aşı karşıtlığı ve aşı reddi günümüzde küresel halk sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biri olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünya sağlığını tehdit eden başlıca riskler arasında gösterilen bu durum; aşılama oranlarının düşmesine, önlenabilir bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına ve salgın riskinin artmasına yol açmaktadır. Aşı tereddüdünün ortaya çıkışında güvenlik endişeleri, sağlık sistemlerine duyulan güven düzeyi, bilgi kirliliği, kültürel ve psikososyal etkenler gibi çok boyutlu faktörler rol oynamaktadır.

Aşılar ise bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve toplum bağışıklığının sağlanmasında en etkili koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer almakta olup, birinci basamak sağlık hizmetleri bu sürecin en önemli uygulama alanını oluşturmaktadır. Birinci basamak hekimleri ve sağlık çalışanları; birey ve aile ile sürekli temas halinde olmaları, güven ilişkisi kurabilmeleri ve doğru sağlık iletişimini sağlayabilmeleri nedeniyle aşı kararsızlığı ile mücadelede kilit konumdadır.

Bu bağlamda düzenlenen bu workshop; birinci basamakta sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, ekip içi iş birliğinin artırılması ve toplum sağlığının korunmasına katkı sağlamak amacıyla aşı kararsızlığı ve reddine yönelik kanıta dayalı yaklaşım modellerini, etkili iletişim tekniklerini ve multidisipliner çözüm stratejilerini ele almayı hedeflemektedir. Workshopun, sağlık profesyonellerinin günlük pratikte karşılaştıkları tereddüt ve red durumlarını daha etkin yönetebilmelerine destek olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğini artıracığı ve temel sağlık hizmetleriyle uyumunu güçlendireceği öngörülmektedir.

Amaç ve Hedefler: Bu workshopun amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin aşı kararsızlığı, aşı karşıtlığı ve aşı reddi kavramlarını doğru biçimde tanıyabilmelerini, bu durumlara yol açan bireysel ve toplumsal etmenleri değerlendirebilmelerini ve kanıta dayalı bilgi ile etkili sağlık iletişimi yöntemlerini kullanarak danışmanlık verebilmelerini sağlamaktır.

Hedefler:

- Aşı kararsızlığı, aşı karşıtlığı ve aşı reddi kavramlarını ayırt edebilmek
- Aşı tereddüdüne yol açan bireysel, kültürel ve toplumsal faktörleri tanımlayabilmek
- Birinci basamakta güven temelli sağlık iletişimi ve risk iletişimi tekniklerini uygulayabilmek
- Gerçek olgu örnekleri üzerinden çözüm stratejileri geliştirebilmek
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik ekip temelli yaklaşımlar oluşturabilmek

Yöntem: Workshop; kısa teorik bilgilendirme sunumu ve interaktif soru-cevap bölümlerinden oluşacaktır.

Katılımcıların aktif katılımı teşvik edilerek deneyim paylaşımı ve birlikte öğrenme ortamı oluşturulması hedeflenmektedir.

Önerilen Zaman Planı:



3.ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

- **0–15 dk:** Aşı kararsızlığına tarihsel ve güncel bakış, temel kavramlar
- **15–30 dk:** Birinci basamakta iletişim ve danışmanlık stratejileri
- **30–50 dk:** Genel tartışma-deneyim paylaşımı
- **50–60 dk:** Ana Mesajların Özeti

Anahtar Kelimeler: aşı kararsızlığı, aşı reddi, birinci basamak, koruyucu sağlık hizmetleri

Akademik Perspektiften Karabağ TYE Modeli: Toplum Yönelimli ve Meslekler Arası Eğitimin Geçerliliği Üzerine Bir Tartışma

Mehmet Akman¹, Türkan Nabiyeva¹, Turana Türkoğlu¹, Süreyya Memmedova¹, Günel İsaqova¹, Reşad Sultan¹, Nicat Qasım¹, Shahla Eyvazova¹, Gülşah Ünsal Cafarov¹, Emil Mukhtarov¹, İkram Rustamov¹, Samir Babayev¹, H. İbrahim Durak¹

Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Karabağ Üniversitesi, Hankendi, Azerbaycan

Giriş: Toplum yönelimli eğitim (Community-Based Education, TYE), sağlık meslekleri eğitiminde sosyal hesap verebilirlik, toplumsal bakış açısı ve birinci basamak yöneliminin kazandırılmasında temel bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Karabağ TYE modeli, Sağlık Sistem Bilimi (*Health Systems Science*) yaklaşımını merkeze alarak; birinci basamak, toplum sağlığı ve meslekler arası iş birliğini sağlık sisteminin birbirini tamamlayan bileşenleri olarak ele alan bütüncül bir eğitim anlayışıyla geliştirilmiştir. Bu çerçevede toplum yönelimi, öğrenciler için ayrı ve ek bir kazanım olarak değil, sistem okuryazarlığının doğal bir çıktısı olarak ele alınmaktadır.

Son yıllarda TYE'nin meslekler arası eğitim (*Interprofessional Education*, MAE) ile bütünleştirilmesi, özellikle karmaşık sağlık gereksinimlerine yanıt verebilen ekip temelli profesyonellerin yetiştirilmesi açısından önem kazanmıştır. Bununla birlikte, bu tür bütünleşik modellerin preklinik dönemde ve preklinik dönemde süreklilik gösteren öğrenme süreçleri içinde nasıl yapılandırılması gerektiği ve eğitimsel açıdan nasıl değerlendirileceği, sağlık ve tıp eğitimi alanında tartışılmaya devam eden bir konudur.

Amaç: Bu atölye çalışması yeni kurulan bir tıp ve sağlık bilimleri fakültesinde geliştirilen TYE modelinin erken dönem deneyimlerinden hareketle yürütülecektir. Amacı, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin birlikte yer aldığı, toplum yönelimli ve meslekler arası bir eğitim programının akademik ve eğitsel bileşenlerini katılımcılarla birlikte ele almak ve programın farklı boyutlarına ilişkin yapılandırılmış geri bildirimler elde etmektir. Programın güçlü yönlerini ve geliştirilme potansiyeli taşıyan alanlarını görünür kılarak, TYE modellerinin yapılandırılmasına yönelik ortak bir tartışma zemini oluşturmayı hedeflemektedir.

Atölye İçeriği ve Yöntemi

Atölye çalışması toplam **75 dakika** olarak planlanmıştır.

İlk bölümde (yaklaşık 15 dakika), sağlık sistem bilimleri perspektifinde toplum yönelimli eğitim, toplum yönelimli birinci basamak (Community-Oriented Primary Care) yaklaşımı ve meslekler arası öğrenmenin kuramsal temelleri kısaca özetlenecek; tıp ve hemşirelik öğrencileri için tasarlanmış spiral TYE modeli tanıtılacaktır. Bu modelde, birinci yılda kavramsal temellerin atılması, ikinci yılda deneyim temelli öğrenmenin derinleştirilmesi ve üçüncü yılda planlama ile profesyonel rol gelişiminin hedeflenmesi vurgulanacaktır. Atölye, yeni kurulan bir tıp ve sağlık bilimleri fakültesinde geliştirilen TYE modelinin erken dönem deneyimlerinden hareketle yürütülecektir.

İkinci bölümde (yaklaşık 25 dakika), katılımcılar küçük gruplara ayrılarak aşağıdaki yapılandırılmış sorular üzerinden görüş alışverişinde bulunacaktır:

- 1. Karabağ TYE modelinin eğitimsel açıdan öne çıkan güçlü yönleri ve geliştirilme potansiyeli taşıyan alanları sizce nelerdir?**



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

2. Spiral öğrenme yaklaşımının eğitim sürecinde daha etkili kullanılabilmesi için hangi destekleyici unsurlar önemli olabilir? Bu yapı, öğrencilerin bilgiyi zaman içinde anlamlandırmasına nasıl katkı sağlayabilir?

Son bölümde (yaklaşık 15 dakika), gruplar tartışma çıktıları doğrultusunda kısa paylaşımlar yapacak; ortaya çıkan ortak temalar ve farklı bakış açıları tüm katılımcılarla birlikte değerlendirilecektir. Atölye, sağlık meslekleri eğitimi, müfredat geliştirme ve toplum yönelimli eğitim alanlarıyla ilgilenen katılımcılara açıktır.

Beklenen Katkı: Atölye kapsamında elde edilecek tartışma çıktılarının, toplum yönelimli ve meslekler arası eğitim programlarının değerlendirilmesine ve geliştirilmesine yönelik gelecekte yürütülecek çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mesleklerarası eğitim, toplum yönetimi, sağlık sistem bilimleri



Kadın Sağlığında HIV Enfeksiyonu ve Tarama Süreçlerinde GDTM Yaklaşımı

Nursen Kanbur¹ Rabia Can²

¹Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, İstanbul, Türkiye, nursen@tapv.org.tr,

²Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, rabia.can@yeditepe.edu.tr ,<https://orcid.org/0000-0001-9222-8659>

Giriş: Birinci basamakta sunulan temel sağlık hizmetleri kapsamında; koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tanı ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin güçlendirilmesine yönelik hedefleri desteklemek amacıyla, “Kadın Sağlığında HIV Enfeksiyonu ve Tarama Süreçlerinde GDTM Yaklaşımı” başlığı altında bir çalışma yürütülmesi planlanmaktadır. Bu kapsamda, ülkemizde HIV enfeksiyonunun hızlı artış seyri, toplum genelinde HIV tarama hizmetlerinin yeterli düzeyde yapılamaması ve bu durumun önündeki en önemli engellerden birinin ayrımcılık ve damgalama olması dikkate alınarak; birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek yaklaşımlar konusunda sağlık çalışanlarına destek sağlanması hedeflenmektedir.

Türkiye hâlen düşük prevalanslı (seyrek görülen) ülkeler arasında yer almakla birlikte, son 10 yılda HIV enfeksiyonlarında yaklaşık %460’lık bir artış yaşanmıştır. Mevcut vaka sayıları ve artış eğilimi dikkate alındığında, bu artış hızının devam etmesi halinde HIV’in yakın gelecekte önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi beklenmektedir.

HIV’de erken tanı; B=B (Belirlenemeyen = Bulaşmaz) hedefine ulaşılması ve tedavide ilaç direncinin gelişmemesi açısından kritik öneme sahiptir. Türkiye’de HIV test oranları genel olarak çok düşük olmamakla birlikte, toplumun bazı kesimlerinde test yaptırma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle toplumda HIV açısından taramanın güçlendirilmesi, salgının kontrol altına alınmasında kilit bir noktada yer almaktadır.

Mevcut ulusal bildirimlere göre, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verileri esas alındığında, 1985–10 Kasım 2025 tarihleri arasında doğrulama testi pozitif saptanarak bildirilen toplam 54.472 HIV pozitif kişi bulunmaktadır. Küresel düzeyde HIV ile mücadelede temel çerçeveyi oluşturan UNAIDS 95-95-95 hedefi, HIV ile yaşayan kişilerin %95’inin tanı almasını, tanı alanların %95’inin tedaviye erişmesini ve tedavi alanların %95’inde viral baskılanma sağlanmasını amaçlamaktadır. Ancak Türkiye için yapılan güncel modelleme ve değerlendirmeler, HIV ile yaşayan bireylerin yalnızca yaklaşık %50’sinin tanı aldığını göstermekte; bu durum, ülkemizin 95-95-95 hedeflerinin ilk basamağı olan tanılama açısından hedefin belirgin biçimde gerisinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplumun farklı kesimleri, yaşam koşulları, bilgi düzeyi ve hizmetlere erişimde karşılaşılan yapısal ve sosyal engeller nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinden her zaman yeterince yararlanamamaktadır. Bu durum, birinci basamak sağlık çalışanlarının ayrımcı ve önyargılı olmayan, güçlendirici bir danışmanlık yaklaşımı benimsemeleri halinde, toplumun HIV testine erişiminin artırılması için önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık çalışanlarına cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) danışmanlığı konusunda bilgi ve farkındalık kazandırılması, damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik tutumların güçlendirilmesi ve ayrıca kimlik bilgisi alınmadan hizmet veren anonim HIV test merkezleri hakkında bilgilendirme yapılması hedeflenmektedir.

Ülkemizde ulusal HIV tanı algoritması ve tarama stratejileri hakkında bilgilendirme yapılması; bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü ve öneminin ele alınarak tartışılması



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

amaçlanmaktadır. Özellikle bireylerin HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, ayrımcılığa maruz kalmadan tarama ve tanı programlarına daha fazla ve daha güvenli biçimde erişebilmesinin önemi vurgulanacaktır. Bu kapsamda, Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerinin (GDTM) bulunduğu bölgelerde toplumu bilgilendirme, farkındalık artırma ve eğitim faaliyetlerinde gönüllülük esasına dayanan rolleri ele alınacak; ayrıca bu merkezlerin HIV enfeksiyonu tanısında tarama yaklaşımı çerçevesinde ücretsiz ve anonim HIV testi sunan güvenli başvuru noktaları olduğu özellikle vurgulanacaktır.

Amaç ve Hedefler: Birinci basamak sağlık çalışanlarını, HIV enfeksiyonu ve tarama süreçlerinde GDTM yaklaşımı hakkında bilgilendirmek.

Yöntem: Mini bir sunum, GDTM tanıtımı, tartışma

Anahtar Kelimeler: HIV, HIV testi, tarama



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yaratıcı Yazarlık / Edebiyatta Tıp

Anlatmak İçin Yaşamak, Hayat Memat, Edebiyat

Tarık Tufan

Giriş: İnsanın kendisiyle ve çevresindeki dünyayla anlamlı bir ilişki kurabilmesinin, olayları, duyguları derin bir kavrayışla yorumlayabilmesinin bir yolu da “hikâye / kurmaca” bilincine sahip olmasıdır. Böylece insan çok yönlü bir düşünme geliştirerek, anlama yetisini güçlendirebilir. Zira her olay kendi içinde bir “hikâye” barındırır. Okumak ve düşündüklerini, hayal ettiklerini bir anlatıya dönüştürebilmek, insanın hayatla ilişkisinde dönüştürücü bir rol oynamaktadır.

Amaç ve Hedefler: Amacımız sağlık çalışanlarının içinde bulundukları her süreci doğru ve derinlikli kavrayabilmelerine katkı sağlayacak bir bakış geliştirebilmesi için hikâye anlatmanın, drama kurabilmenin yollarını göstermektir.

Yöntem: Workshop kırk beş dakikalık bir sunumun ardından, karşılıklı soru – cevap bölümüyle gerçekleştirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Hikâye, kurmaca, yazmak

Birinci Basamakta Gebe ve Aile İzleminde Mindfulness Temelli Kısa Klinik Müdahaleler: Uygulamalı Atölye

Ebru Sağıroğlu¹

¹Ebelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fenerbahçe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,
ebru.sagiroglu@fbu.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0001-9745-4276>

Giriş: Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin koruyucu, tanılayıcı, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlere bütüncül bir yaklaşımla erişebildiği ve sağlık sistemiyle ilk temasını kurduğu temel hizmet basamağıdır. Gebe ve aile izlemleri, bu basamakta sürekliliğin, güven ilişkisinin ve erken müdahalenin en kritik alanlarından biridir. Bu workshop, birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin gebe ve aile ile kurdukları temas öncesi, sırası ve sonrasında kendi içsel süreçlerini fark etmelerini hedeflemektedir. Hazır bulunuşluk, duygu, düşünce ve bedensel duyumların bilinçli olarak izlenmesi, klinik karar ve iletişim süreçlerine nitelik kazandırır. Öz-farkındalığı artan sağlık çalışanı, mindful tutum ve şefkat temelli iletişimi günlük iş akışına daha sürdürülebilir biçimde entegre edebilir. Bu yaklaşım, dikkat dağınıklığı ve tükenmişlik kaynaklı hizmet kesintilerinin azalmasına katkı sağlar. Aynı zamanda ekip içi etkileşimi güçlendirerek koordinasyonu ve iş birliğini destekler. Güven temelli ve regüle bir temas, gebe ve aile tarafından hissedilir ve bakım deneyiminin kalitesini artırır. Bu süreç, bireylerin kendi duygu ve sağlık deneyimlerine yönelik farkındalıklarının gelişmesine de zemin hazırlar.

Amaç ve Hedefler: Bu workshopun amacı, Nancy Bardacke'nin mindfulness yaklaşımı doğrultusunda, sağlık profesyonellerinin şimdiki ana bilinçli ve yargısız bir dikkatle yönelerek beden duyumları ve içsel deneyimleriyle temas kurmalarını, bu farkındalığı gebe ve aile ile kurdukları klinik ilişkiye şefkatli ve bilinçli bir varoluş biçimi olarak yansıtma ve sağlamaktır. Hedefler ise; Şimdiki ana bilinçli biçimde yönelerek klinik temas öncesinde kendi içsel durumlarını (duygu, düşünce, beden duyumu) fark edebilmesi, Beden-zihin etkileşimini deneyimleyerek regülasyon ve hazır bulunuşluk kapasitesini güçlendirebilmesi, Gebe ve aile görüşmelerinde mindful dinleme, duraklama ve bilinçli yanıt verme becerilerini uygulayabilmesi, Kısa ve uygulanabilir mindfulness temelli mikro-pratikleri birinci basamak iş akışına entegre edebilmesi, Şefkat temelli, güven oluşturan ve sürekliliği destekleyen bir klinik varoluş tutumu geliştirebilmesi beklenmektedir.

Yöntem: Birinci basamakta gebelerde anksiyete, doğum korkusu ve postpartum depresyon prevalans verileri ile kısa temas süresi (5-15 dk) bağlamında düzenleyici mikro müdahalelere duyulan ihtiyaç ele alınmaktadır. Mindfulness'ın tanımı, meditasyondan farkı ve *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (Bilinçli Farkındalık Temelli Doğuma ve Ebeveynliğe Hazırlık)* yaklaşımının temel tutumları (başlangıç zihni, yargısızlık, sabır, güven, kabul, bırakma, şefkat ve minnettarlık) açıklanmaktadır. Sağlık profesyonelinde bilinçli farkındalığın önce bireysel düzeyde başlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Katılımcıların “o ana adım atma” pratiğini deneyimlemeleri amacıyla 60 saniyelik duyuşal farkındalık ve ayak tabanı farkındalığı uygulamaları yapılmaktadır. Bu uygulamalarla dikkatin bedene getirilmesi ve klinik temas öncesinde regülasyonun başlatılması hedeflenmektedir. “Duyum: Dalga mı, Duvar mı?” anlatımı yapılmakta; buz küpü uygulaması ile ağrı ve kaygı deneyiminin dalga doğası somatik olarak keşfedilmektedir. Bu bölümde direnç ve ıstırap ilişkisi tartışılmaktadır. Ardından “Dur-Dinle-Yanıtla” modeli uygulanmaktadır. Bir nefes alma, omuz farkındalığı ve çene gevşetme adımlarıyla klinik görüşmede regülasyon pratiği yapılmakta; alan açma ve “önce duygu, sonra



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

bilgi” ilkesi örneklendirilmektedir. Son bölümde katılımcılar ikili uygulama yapmakta; deneyim paylaşımı gerçekleştirilmekte ve birinci basamakta uygulanabilirlik üzerine yapılandırılmış tartışma ile atölye tamamlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, bilinçli farkındalık, doğum, doğum sonrası dönem, gebelik, mindfulness

Güncellenmiş Kadına Yönelik Şiddeti Önleme Algoritmasının Vaka Üzerinden Tartışılması

Özlem Can Gürkan¹, Ayşe Tek Taşlıoğlu²

¹Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. ozlemcan@marmara.edu.tr , <https://doi.org/0000-0002-5608-6208>

²Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Kadına Yönelik Şiddeti Önleme Ağı, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. Uzm. Sosyal Antropolog/Sosyal Hizmet Uzmanı. ayse@tapv.org.tr , <https://doi.org/0009-0004-6688-5304>

Giriş: Kadına yönelik şiddet, sıklığı ve yaygınlığı nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadına yönelik şiddeti önlemek amacıyla, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanları şiddeti taramalı, tanılamalı ve kadını koruyucu ve önleyici hizmet mekanizmalarına yönlendirmelidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadelede dair mevcut işleyiş algoritması hakkında yeterli bilgisi olmadığını ortaya koyar niteliktedir.

Amaç ve Hedefler: Bu atölye, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında kadına yönelik şiddetle mücadelede dair mevcut işleyiş algoritmasını tartışmak ve güncellenmiş kadına yönelik şiddeti önleme algoritmasını vaka üzerinden tartışarak tanıtmak amacıyla gerçekleştirilecektir.

Atölyenin hedefleri mevcut algoritmanın kullanımı sırasında karşılaşılan sorunlara dikkat çekerek güncellenmiş algoritma ile akıştaki bu sorunların nasıl ortadan kaldırılabilirliği hakkında bilgi sağlamaktır. Atölye ile güncellenmiş algoritmanın birinci basamak sağlık çalışanlarına duyurulması ve kullanımının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

Atölye Programı / Yöntem: 13.45-15.00

13.45-14.00: Katılımcılarla tanışma, atölyenin amacının açıklanması ve grupların belirlenmesi

14.00-14.10: Anonim şiddet vakasıyla ilgili düşüncelerin tartışılması

14.10-14.20: 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış mevcut kadına yönelik şiddeti önleme algoritması doğrultusunda kadına yönelik şiddet vakasının değerlendirilmesi

14.20-14.30: Mevcut algoritmaya güncellenmiş algoritmadaki hizmet sunucuları eklenerek kadına yönelik şiddet vakasının yeniden değerlendirilmesi

14.30-14.45: Grup sunumları (Vakayla ilk karşılaştığınızda ne düşündünüz? Mevcut algoritma ile vaka yönetimi nasıldı? Güncellenmiş algoritmaya eklenen yeni hizmet sunucuları vakanın yönetimini hangi yönde etkiledi?)

14.45-15.00: Güncellenmiş algoritma hakkında katılımcıların görüşlerinin alınması ve kapanış

Anahtar Kelimeler: Kadına yönelik şiddet, kadına yönelik şiddeti önleme ağı, birinci basamak kadına yönelik şiddeti önleme algoritması

Birinci Basamakta Gebe Okullarının Yönetimi Çalıştayı

Sema Nur Şahin Arslan¹, Emrullah Şanlan²

¹Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye, drsemasahin@gmail.com ,
<https://orcid.org/0000-0002-9657-0395>

²Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye, emrullahsanlan@gmail.com ,
<https://orcid.org/0000-0002-4220-2597>

Giriş: Ülkemizde sezaryen oranlarının %60,1 seviyesine ulaşması, anne morbiditesini ve sağlık maliyetlerini artıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yürürlüğe konulan NDEP (Normal Doğum Eylem Planı) ve 2024 tarihli GO (Gebe Okulu) yönetmeliği, birinci basamak kuruluşlarını (İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM), Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)) bu süreçte stratejik bir konuma yerleştirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde GO; anne ve bebek sağlığının korunması, normal doğumun teşvik edilmesi ve emzirmenin desteklenmesi açısından oldukça önemli bir role sahiptir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan GO rehber kitapları, bu hizmetlerin içerik ve uygulama çerçevesini tanımlamaktadır. NDEP Stratejileri ve “Doğal Olan Normal Doğum” kampanya verileri, normal doğumun teşvik edilmesini ulusal sağlık politikası önceliği olarak ortaya koymaktadır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından önerilen kanıta dayalı normal doğum standartları ise gebelik ve doğum hizmetlerinde gereksiz müdahalelerin azaltılmasını ve anne merkezli bakımın güçlendirilmesini vurgulamaktadır. Bununla birlikte saha uygulamalarında aile hekimliği sistemi ile entegrasyon sorunları, organizasyonel belirsizlikler, ekip koordinasyon eksiklikleri ve izlem göstergelerinin standardize edilmemesi sürdürülebilirliği sınırlamaktadır. Bu çalıştay, GO'ların yönetim süreçlerini birinci basamak bakış açısıyla ele almayı amaçlamaktadır.

Amaç: Birinci basamak sağlık profesyonellerine (hekim, ebe, hemşire, İSM-SHM yöneticileri, diyetisyen, psikolog vs), GO yönetim süreçlerinde görev ve rol netliği kazandırmak, organizasyonu standardize etmek ve 2024 yönetmeliğiyle uyumlu, başarı göstergeleri netleşmiş bir yönetim algoritması oluşturmaktır.

Yöntem: Çalıştay 60 dakika olarak planlanmıştır. İlk 15 dakikada ulusal rehberler ve DSÖ önerileri doğrultusunda organizasyon modeli sunulacaktır. Takip eden 30 dakikada katılımcılar küçük gruplar halinde organizasyon, aile hekimliği entegrasyonu, katılım artırma stratejileri ve izlem göstergeleri başlıklarında yapılandırılmış tartışma yürütecektir. Son 15 dakikada çıktılar ortak bir yönetim algoritması altında bütünleştirilecek ve üç aylık eylem planı oluşturulacaktır. Önerilen göstergeler arasında katılım oranı, program tamamlama oranı ve ilk 6 ay emzirme oranı yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, gebe okulu, halk sağlığı, normal doğum, toplum sağlığı

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Gebe Okulu Eğitim Kitabı (Yayın No: 1368, Ankara, 2025).
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Normal Doğum Eylem Planı Stratejileri ve "Doğal Olan Normal Doğum" kampanya verileri.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı (Yayın No: 955, Ankara, 2014).
4. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen Normal Doğum Standartları ve kanıta dayalı uygulama rehberleri.

Ciltaltı Yerleştirilen Kontraseptif Yöntem Uygulama

Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural¹

¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
zeynepvural@myynet.com , <https://orcid.org/0000-0001-6131-7085>

Giriş: Günümüzde dünyada son derece güvenilir kontraseptif yöntemler kullanıma sunulmuş olsa da, ülkemizde çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedir. Bu konuda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri ve sağlık çalışanlarına büyük görev düşmekte, toplum sağlığı açısından doğurgan yaştaki kadınlarda aile planlaması ve kontrasepsiyon konusunu ele almaları büyük önem taşımaktadır. Dünyada uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptif yöntemlerin klinik kullanımı giderek artarken, doğru uygulama teknikleri hasta güvenliği ve yöntem etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu kapsamda düzenlenen ciltaltı yerleştirilen kontraseptif yöntem, uygulama Workshop'u, sağlık profesyonellerine yönelik teorik ve uygulamalı eğitim içeren bilimsel bir program olarak planlanmıştır. Workshop ile katılımcıların; hasta seçimi, danışmanlık süreçleri, implant uygulama ve çıkarma teknikleri ile komplikasyon yönetimi konularında güncel kılavuzlar doğrultusunda bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Modern kontrasepsiyon yöntemleri arasında önemli bir yere sahip olan Nexplanon implant uygulaması, doğru teknik bilgi ve pratik deneyim gerektirir. Bu workshopta, klinik uygulamada güvenli ve standart yaklaşım geliştirmek hedeflenmektedir.

Ele alınacak bölümler:

- Nexplanon hakkında genel bilgi
- Uygun hasta seçimi yapabilme
- Güvenli implant yerleştirme becerisi kazanma
- İmplant çıkarma tekniklerini öğrenme
- Olası komplikasyonları yönetebilmek hedeflenmektedir.

Eğitim İçeriği

- LARC yöntemlerine genel bakış
- Nexplanon hakkında genel bilgi
- Danışmanlık ve onam süreci
- Uygulama öncesi hazırlık
- Adım adım implant uygulaması
- Çıkarma teknikleri
- Klinik vaka tartışmaları
- Simülasyon modeli üzerinde uygulama

Anahtar Kelimeler: Ciltaltı implant, kontrasepsiyon, uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptif yöntemler



Prekonsepsiyonel Bakım Rehberi

Dr. Öğr. Üyesi İrem Nur ÖZDEMİR DEMİRER¹ Uzm. Dr. Işık Gönenç,²

¹Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, iremnur.ozdemir@sbu.edu.tr, <https://doi.org/0000-0002-1122-0514>

Giriş: Gebelik öncesi dönemde kadın ve erkeğin biyolojik, psikososyal ve çevresel risklerinin belirlenmesi, bu risklerin azaltılması ve sağlıklı gebeliğe hazırlanmasını amaçlanmaktadır. Prekonsepsiyonel bakım, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında, düşük doğum ağırlığı ve konjenital anomalilerin önlenmesi gibi pek çok kritik halk sağlığı göstergesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu dönemde yaşanan sorunların büyük bir kısmı önlenabilir nedenlere bağlı olduğu için gebelik öncesi dönemin sistemli biçimde ele alınması gerekmektedir.

Amaç ve Hedefler: Bu workshop, prekonsepsiyonel bakım rehberinin birinci basamakta uygulanabilirliğini artırmak, sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin bilgi ve becerilerini güçlendirmek ve standart bakım yaklaşımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Workshop istasyon çalışması, senaryo temelli rol canlandırma ve yapılandırılmış tartışma bileşenlerinden oluşmaktadır. Birinci basamakta prekonsepsiyonel bakımın aksama nedenleri üzerine bir farkındalık aktivitesi, risk değerlendirme, danışmanlık planlama ve sevk ve ekip yönetimi konularında istasyon çalışması yapılacaktır.

Anahtar Kelimeler: birincil korunma, prekonsepsiyonel bakım, üreme sağlığı

Kanser Taramalarında Birinci Basamağın Önemi ve Hizmetlerin Güçlendirilmesi

Prof. Dr. Ayşe Nilüfer Gülersoy Özaydın¹ Uzm. Dr. Fatma Burcu Menteşe Doğanç²

¹ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, aozaydin@marmara.edu.tr , <https://doi.org/0000-0002-2616-0710>

² Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi İstanbul, Türkiye, fbmentese@hotmail.com , <https://doi.org/0000-0002-4677-8358>

Giriş: 2020’de Dünya Sağlık Örgütü, her iki cinsiyetteki kanserler arasında ilk defa, meme kanserinin ilk sıraya yükselmesi üzerine, 2023’te kadınları güçlendirmek, herkesin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak ve meme kanseri kontrolünü güçlendirmede stratejik iş birliği yapmak üzere Küresel Meme Kanseri Girişimini (GBCI) başlatmıştır. Küresel Meme Kanseri Girişimi; meme kanseri ölümlerini yılda %2,5 oranında azaltmayı, böylece, 20 yıllık bir süre içinde 2,5 milyon kadının hayatının kurtarabileceğini öngörmektedir. GBCI’nın belirlediği ilk hedef; “Sağlığın Geliştirilmesi ve Erken- evre hedefi” İnvaziv meme kanserlerinin en az %60’ının evre 1 ve 2’de tanı almasıdır. DSÖ Dünya Kanser Raporu’nda; kanser taramalarında, faydayı en üst düzeye çıkarmak ve zararı en aza indirmek için taramaların sadece ‘topluma-dayalı programlar’da uygulanması vurgulanmaktadır. Topluma-dayalı tarama programları, her tarama turuna katılmaya uygun nüfus içindeki her bir kişiyi belirleyerek, bireysel olarak davet edilmesini kapsar. Bireysel davetler, uygun nüfus içindeki her kadına taramalardan yararlanma konusunda eşit şans vermeyi ve böylece sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmayı amaçlar. “Tarama” programlarının amacı henüz klinik bulgu vermeyen ancak tanıda gecikildiğinde ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açan hastalıkların erken tanınip, tedavisine başlanabilmesidir. Hastalık açısından riski olan kişi ya da grupların tamamının (örneğin meme kanseri için hastalığın sık görüldüğü yaş gruplarındaki kadınların), bir program dahilinde, ilgilenilen hastalığın erken tanı ve tedavisi amacıyla muayene edilmesi ve incelenmesine “toplum taraması”, taranan hastalık için olası yüksek riskli durumlarda (örneğin aile öyküsü veya bilinen diğer risk faktörlerinin varlığında) rutin tıbbi danışmanlık kapsamında taranmasına ise “fırsatçı tarama” denilmektedir. Toplum taramalarında vakalar “aktif” olarak araştırılarak bulunur. Fırsatçı tarama ise bir program dâhilinde olmayan “pasif” bir uygulamadır. Fırsatçı taramada taranan kadınların önemli bir kısmı risk grubunda olmayabilir veya yüksek risk grubunda olan kadınlar taranmamış olabilir. Tarama aralıkları düzenli olmayabilir. Taramalarda “olası-şüpheli” vakalara ulaşmak hedeflenir. Tarama muayene/testleri ile ayrılan “olası-şüpheli” vakaların, daha ileri muayene ve tetkiklerle “doğrulaması” yapılır.

Türkiye’de kanser kontrol faaliyetlerinin kurumsallaşması 1940’larda başlamıştır. 1995’te Kanser Tarama Proje çalışmaları başlatılmıştı. Türkiye’de ilk Ulusal Kanser Kontrol Programı, ilk Ulusal Tarama Standartlarının da yayınlanmasıyla 2007 yılında uygulamaya konulmuştur. Programda; önleme stratejileriyle yeni vaka sayısının azaltılması, topluma dayalı taramalarla hedef yas grubunun en az %70’ine ulaşarak, erken tanı yoluyla mevcut vakalarda tedavi şansının ve yaşam kalitesinin artırılması ve kanser yükünü azaltmak amaçlanmıştır. Türkiye’de 2013’te güncellenen Ulusal Kanseri Tarama Rehberi’nde; aile hekimliği sistemindeki aile hekimlerinden ve aile sağlığı çalışanlarından tanımlanmış risk gruplarını bir program dahilinde taramalara davet etmeleri ve mamografi, HPV-DNA, gaitada gizli kan vb. testlerini yaptırmaları beklenmektedir. Ancak yoğun iş yükleri arasında, bu koruyucu hizmetlere hedeflenmiş %70’ler oranında erişilememektedir. 2025 yılında Türkiye çapında hizmet sunanlar ve hizmeti alanlarla



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

yapılan bir niteliksel çalışmada bu alandaki sorumluluklar, sorunlar ve çözüm önerileri sunulmuştur.

Amaç ve Hedefler: Bu çalıştayda güncel araştırma verilerimizin ışığında Ulusal Hedefimize ulaşabilmede kanser taramalarında birinci basamağın önemi vurgulanacak, katılımcılarla (birinci basamak sağlık çalışanları ile birlikte) tarama hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik öneriler geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bilgilendirme amaçlı ppt destekli sunum yapılacak (45 dk) ve grup çalışması ile öneriler listesi geliştirilecektir (45 dk).

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, fırsatçı tarama, hastalıklardan ikincil düzey koruma, topluma dayalı tarama.

Birinci Basamakta Dijital Teknolojilerin Kullanımı

Didem Kafadar¹, Demet Yılmaz²

¹ Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye,

dkafadar@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-8004-5609>

² Aile Hekimliği, Şişli 16 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

demet-yilmaz@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6119-1734>

Giriş: Dijital teknoloji kullanımının özellikle sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliği günümüzde ilgi çeken bir araştırma alanıdır. Dijital teknolojiler genellikle insan zekası gerektiren görevleri yerine getirebilen akıllı makineler oluşturmaya odaklanan geniş bir bilgisayar bilimi alanını temsil eder. Bu teknolojiler birinci basamak sağlık hizmetlerinde teşhis prosedürlerinden tedavi rejimi planlamasına ve hasta izlemelerini gerçekleştirmeye kadar geniş bir uygulama alanında sağlığın geliştirilmesine olumlu katkılar sağlayabilir.

Amaç ve Hedefler: Workshop'ta yapay zeka, E-sağlık, tele-sağlık ve teletıp gibi dijital sağlık uygulamalarının ve uzaktan sağlık izleme teknolojilerinin birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında uygulama örneklerinin, sağlık hizmeti sunumunun pratik uygulamasında karşılabilecek sorunların ve zorlukların değerlendirilmesi, geliştirilebilecek yönlerinin ele alınması amaçlanmıştır.

Yöntem: Workshop 30'ar dakikalık üç bölüm olarak gerçekleştirilecektir. Birinci bölümde yapay zeka, e-sağlık, tele-sağlık ve teletıbbın birinci basamağa entegre edildiği deneysel uygulamalardan bahsedilecektir. İkinci bölümde hipertansiyon, diyabet, demans gibi kronik hastalıklarda, yaşlı bakımında, polifarmaside, aşı uygulamalarında, kadın ve çocuk sağlığında tanı ve tedavi desteği ile koruyucu hekimliğin güncel Dünya örnekleriyle dijital sağlık uygulamaları anlatılacaktır. Türkiye örneklerine, üçüncü bölümde yer verilecek; katılımcıların da aktif katılımı ile dijital uygulamalar üzerinde düşünme, beyin fırtınası, tartışma süreçleri yer alacaktır.

Anahtar Kelimeler: Digital teknoloji, birinci basamak, aile hekimliği, teletıp, yapay zekâ

ASM, TSM ve SYM Arasındaki İş Birliğinin Geliştirilmesi

Burcu Başaran Güngör¹, Ayşegül Şimşek²

¹Aile Hekimliği Uzmanlığı Serdivan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, Türkiye, dr.burcubasaran@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4521-784X>

²Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, phd.aysegul.simsek@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2166-1778>

Giriş: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği, kurumların bireysel performansının ötesinde; Aile Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri ile İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri arasındaki güçlü iletişim ve iş birliğine bağlıdır. Sahada yaşanan iletişim, yönlendirme ve koordinasyon sorunları; hizmet sürekliliğini, hasta sonuçlarını ve toplum sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu çalıştay, mevcut iş birliği düzeyini değerlendirmek, karşılaşılan engelleri görünür kılmak ve uygulanabilir çözüm önerileri geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek çıktılarla ekip çalışmasının güçlenmesi ve birinci basamak hizmetlerinin daha bütüncül sunulmasına katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Amaç ve Hedefler: Bu çalıştayın amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM) ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) gibi benzeri kurumlar arasındaki iş birliği düzeyini değerlendirmek, mevcut yapısal ve işlevsel engelleri tartışmak ve uygulanabilir iş birliği modelleri geliştirmektir.

Yöntem:

1. Açılış ve Çerçeve Sunumu (10 dakika)

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurumlar arası iş birliğinin önemi
- ASM, SHM, TSM, İSM ve diğer birinci basamak birimleri arasındaki mevcut görev ve sorumlulukların kısa özeti
- İşbirliğinin hasta sonuçları, hizmet sürekliliği ve koruyucu sağlık hizmetlerine katkısı

2. Etkileşimli Tartışma: Mevcut Durum ve Sorunlar (30 dakika)

- Katılımcıların küçük gruplara ayrılarak aşağıdaki sorular üzerinden tartışması:
 - Kurumlar arası iş birliği hangi alanlarda yeterli, hangi alanlarda yetersiz?
 - En sık karşılaşılan iletişim ve koordinasyon sorunları nelerdir?
 - Sevk, yönlendirme ve geri bildirim mekanizmalarında yaşanan güçlükler nelerdir?
- Her grubun tartışma sonunda 1–2 temel sorun başlığını belirlemesi

3. Çözüm Odaklı Grup Çalışması (30 dakika)

- Aynı grupların belirledikleri sorunlara yönelik:
 - Kısa vadede uygulanabilir çözüm önerileri
 - Kurumlar arası iş birliğini artıracak pratik modeller



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Dijital sistemler, düzenli toplantılar, ortak eğitimler gibi destekleyici araçlar üzerine öneriler geliştirmesi

4. Paylaşım ve Kapanış (20 dakika)

- Her gruptan bir temsilcinin, geliştirdikleri çözüm önerilerini kısaca paylaşması
- Ortak temalar ve öne çıkan önerilerin moderatör tarafından özetlenmesi
- Çalıştay çıktılarının raporlanarak ilgili paydaşlarla paylaşılacağının belirtilmesi

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, ekip çalışması, kurumlar arası iş birliği, toplum sağlığı.

Davranışçı Yaklaşım Uygulamaları: Zorluklar, Çözümler

Pemra Cöbek Ünal¹, Saliha Serap Çiğçili²

¹Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,
pcunalan@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3446-7082>

²Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,
serapcigcili@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5805-6216>

Giriş: Tütün ve alkol kullanımı, uygunsuz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışsal risk faktörleri gerek ülkemizde gerekse dünyada erken morbidite ve mortaliteye neden olan hastalıkların çoğunda önemli etmenler olarak sayılmaktadır. Riskli davranışların değiştirilmesinde bilişsel davranışçı yaklaşımın etkili olduğu, davranış değişikliği müdahalelerinin sağlık çalışanları tarafından kısa sürede gerçekleştirilebileceği ve maliyet etkin oldukları yönünde çok sayıda kanıt mevcuttur. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık çalışanları bireyleri riskli davranışlarını değiştirmeleri yönünde cesaretlendirmek ve değişim sürecini kolaylaştırmak için etkili bilişsel-davranışsal danışmanlık becerileri edinmelidir.

Sağlık çalışanlarının davranış değişikliği konusunda tavsiye vermesi beklenen ve güvenilen kişiler olarak kabul edilmelerine rağmen planlanmış halk sağlığı müdahaleleri sırasında bile davranış değişikliğine yönelik görüşmeler yapmadıkları gösterilmektedir. Davranışçı yaklaşımlar: aktif dinleme, açık uçlu sorular ile bireyin öz-yeterliliğini ve değişime inancını ortaya koyma ve onaylama tekniğini kullanarak bireyin değişime kararsızlığını azaltmayı hedefler. Davranışçı yaklaşımın birinci basamakta uygulanmasının önündeki engellerden biri, alışkanlıkların değiştirilmesine yönelik dirençle baş etme ile ilgili mesleki rol ve becerilerin sorgulanması ve sağlık çalışanlarının kendilerini bu alanda yeterli görmemeleridir.

Bu atölye çalışmasının amacı, katılımcı sağlık çalışanlarının davranışçı danışmanlık uygulamaları sırasında karşılaştıkları güçlüklerle ilişkin pratik çözüm geliştirmelerini kolaylaştırmaktır.

Hedefler:

1. Birinci basamak şartlarında, hastanın sağlıklı davranış değişikliğine direnç gösterdiği kritik noktaları fark edebilmek,
2. Bireylerin bu kararsızlık/dirence rağmen değişim davranışına uyum göstermesini destekleyecek yaklaşımları listelemek,
3. Kısıtlı muayene süresi (5-10 dk) içinde uygulanabilecek temel teknikleri simüle hasta üzerinde deneyimlemek ve klinik uygulamaya entegre etme fırsatlarını tartışmak.

Yöntem:

1. Açılış ve Deneyim paylaşımı (10 dk): Katılımcıların uygulamalarında konu ile ilgili deneyimlerini paylaşımları ile uygulamadaki temel engellerin belirlenmesi
2. Uygulama (20 dk): İki örnek olgu üzerinden 7-8 dakika süreli uygulama, refleksiyon ve geri bildirim
3. Analiz (10 dk): Gözlemlenen uygulamadaki kritik dönüm noktalarının bilişsel davranışçı yaklaşımın temel özellikleri ile ilişkilendirilmesi
4. Pratik Taktiklerin ve uygun koşulların/bağlamın tartışılması (10 dk)
5. Geri bildirim ve kapanış (10 dk)
6. **Anahtar Kelimeler:** Davranış değişikliği, bilişsel-davranışsal yaklaşım, birinci basamak, aile hekimliği

Birinci Basamakta İnfertilite Farkındalığı ve Fertilite Koruyucu Yaklaşımlar

Melek Ersoy Cingi¹, Hatice Özkan²

¹Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fenerbahçe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye,
melek.cingi@fbu.edu.tr <https://orcid.org/0000-0002-7713-9911>

²Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi, Acibadem Sağlık Grubu Ataşehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye,
haticeozkan@acibadem.com <https://orcid.org/0009-0002-9951-8610>

Giriş: İnfertilite; erken tanı, risk azaltma, zamanında yönlendirme ve doğru danışmanlık gerektiren önemli bir üreme sağlığı sorunudur. Klinik olarak çoğunlukla üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin konusu olarak algılansa da infertiliteye yönelik ilk farkındalık ve yönlendirme süreci aslında birinci basamakta başlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre infertilite, üreme çağındaki bireylerde yaşam boyu yaklaşık %17,5 prevalansa sahiptir (yaklaşık her 6 kişiden 1'i). Bu yüksek prevalans, infertilitenin yalnızca bireysel değil aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. DSÖ, fertilite bakımına erken erişim, doğru danışmanlık ve uygun sevk zincirinin güçlendirilmesini temel stratejiler arasında tanımlamaktadır.

Türkiye’de doğurganlık hızındaki belirgin düşüş, infertilite ve fertilite koruma yaklaşımlarının önemini artırmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerine göre toplam doğurganlık hızı, 1,48 olup nüfus yenilenme düzeyi olan 2,1’in altındadır. Bu durum; ileri yaşta gebelik planlama oranının artması, over rezervinin yaşa bağlı azalması ve infertilite riskinin yükselmesi ile ilişkilidir.

Kadın fertilesi yaşla birlikte doğrusal değil, eksponansiyel olarak azalmaktadır. Özellikle 35 yaş sonrasında oosit kalitesinde düşüş hızlanmakta, 40 yaş sonrasında spontan gebelik oranı belirgin şekilde (<%5) azalmaktadır. Bu biyolojik gerçek, birinci basamakta gecikmenin fertilite potansiyelini doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir.

Modern tıbbın özellikle onkoloji alanındaki ilerlemeleri sayesinde, sağkalım oranları artmış, buna paralel olarak gonadotoksik tedavi gören birey sayısı da yükselmiştir. Güncel uluslararası kılavuzlar, gonadotoksik tedavi planlanan bireylerde fertilite farkındalığının artırılması, fertilite koruma seçenekleri (oosit/embriyo kriyoprezervasyonu, sperm dondurma vb.) hakkında bilgilendirme yapılması ve uygun merkezlere zamanında yönlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu danışmanlığın tedavi öncesinde ve tercihen birinci basamak sağlık ekipleri tarafından yapılandırılmış biçimde verilmesi ile fertilite fırsat penceresi yakalanmış olacaktır.

İnfertilitede biyolojik faktörlerin yanı sıra yaşam tarzı ve kronik hastalıklar da fertilite üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Birinci basamakta sunulan aşıklama hizmetleri, menstrual siklus düzensizliklerinin erken fark edilmesi, kronik hastalıkların izlenmesi, kilo yönetimi ve sigara bırakma danışmanlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekteki gebelik potansiyelinin korunmasına katkı sağlamaktadır. Fertilitenin korunması, infertilite yükünün azaltılmasında temel stratejilerden biridir.

Amaç: Bu workshop’un amacı; birinci basamakta çalışan aile hekimi, ebe ve hemşirelerin; infertiliteyi erken tanıma, ilk basamak değerlendirmeyi yapılandırma ve fertilite koruyucu yaklaşımlar kapsamında uygun zamanda doğru merkeze yönlendirme becerilerini kanıta dayalı olarak güçlendirmektir. Ayrıca katılımcılarla birlikte “Birinci Basamakta İnfertilite Algoritması” geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Yöntem: Workshop 90 dakika olarak planlanmıştır. Eğitim; anlatım, soru-cevap, vaka temelli grup çalışmaları, tartışma, role-play yöntemleri kullanılarak interaktif biçimde yürütülecektir. Eğitim süresince birinci basamakta erken tanı, risk sınıflaması, fertilite koruma danışmanlığı ve zamanında sevk kararına odaklanılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, fertilite koruma, infertilite.



3.ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi

BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÇALIŞTAY RAPORLARI

Aşı Tereddütü / Karşıtlığı

Moderatör: Prof. Dr. Ayşe Ergün/Uzm. Dr. Hatice Rümeysa Selvi

Raportör: Arş. Gör. Gizem Bıdık

İçerik: Çalıştayda aşı tereddüdünün çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olduğu; bireysel, toplumsal ve sistemsel faktörlerin birlikte etkili olduğu vurgulanmıştır. Katılımcılar sahadaki deneyimlerini paylaşarak özellikle aile sağlığı merkezlerinde karşılaşılan aşı reddi vakaları üzerinden tartışmalar yürütmüştür. Literatürde de aşı tereddüdünün; bilgi eksikliği, güven sorunu, yanlış inanışlar, sosyal medya etkisi ve kültürel faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir

Saptanan Sorunlar:

- Yanlış bilgi ve yanlış inanışlar (özellikle aşı–otizm ilişkisi gibi bilimsel temeli olmayan görüşler)
- Korku, kaygı ve risk algısının yanlış değerlendirilmesi
- Dini ve kültürel nedenler
- Geleneksel/alternatif tedavi yöntemlerine yönelim
- Sosyal medyanın yanlış bilgilendirme etkisi
- Sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına duyulan güvenin azalması
- Rutin izlem ve takiplerin aksaması
- Aile hekimi ile temasın yetersiz olması
- Aşı tereddüdü olan bireylerle iletişimde zorlanma
- Bilgi aktarımında etkili iletişim yöntemlerinin yeterince kullanılmaması

Çözüm Önerileri

- Empatik, yargılayıcı olmayan ve güvene dayalı iletişim kurulması
- Bilimsel kanıta dayalı bilgilerin kısa, net ve anlaşılır şekilde sunulması



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Bilgi bombardımanından kaçınılması, bireyin düşünmesine fırsat tanınması
- Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması
- Sosyal medya ve iletişim kanallarının doğru ve etkin kullanılması
- Toplumsal liderlerin ve güvenilir kişilerin sürece dahil edilmesi
- Aşı hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması
- Hatırlatma ve takip sistemlerinin güçlendirilmesi
- Birinci basamakta aktif izlem ve çağrı sistemlerinin kurulması
- İletişim becerileri ve aşı danışmanlığı konusunda eğitimlerin artırılması
- Sağlık çalışanlarının güven oluşturma rolünün desteklenmesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda, aşı tereddüdünün yalnızca bilgi eksikliği değil, aynı zamanda güven, iletişim ve toplumsal dinamiklerle ilişkili kompleks bir süreç olduğu vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü de aşı tereddüdünü küresel sağlık için önemli tehditlerden biri olarak tanımlamakta ve çözümde etkili iletişimin kritik rol oynadığını belirtmektedir

Sonuç ve Öneriler: Aşı tereddüdü ile mücadelede en etkili yaklaşımın; güvene dayalı iletişim, bilimsel bilgiye erişim ve toplum temelli müdahaleler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bu süreçte kilit rol oynamakta olup; sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin güçlendirilmesi ve sistematik izlem mekanizmalarının kurulması, aşı kabulünü artırmada temel stratejiler olarak önerilmektedir.

Akademik Perspektiften Karabağ TYE Modeli: Toplum Yönelimli ve Meslekler Arası Eğitimin Geçerliliği Üzerine Bir Tartışma

Moderatör: Prof. Dr. Mehmet Akman

Mehmet Akman, Türkan Nabiyeva, Turana Türkoğlu, Süreyya Memmedova, Günel İsaqova, Reşad Sultan, Nicat Qasım, Shahla Eyvazova, Gülşah Ünsal Cafarov, Emil Mukhtarov, İkrâm Rustamov, Samir Babayev, H. İbrahim Durak

Karabağ Üniversitesi, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hankendi, Azerbaycan

Raportör: Uzm. Dr. Yasemin Doğan Kaya

İçerik: Çalıştayda toplum temelli eğitim (CBE) yaklaşımı ele alınmış; bu modelin teorik eğitimi saha uygulamaları ile bütünleştiren, öğrencileri gerçek yaşam sorunlarıyla buluşturan bir eğitim modeli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca farklı sağlık disiplinlerinden öğrencilerin birlikte öğrenmesini esas alan interprofesyonel eğitim yaklaşımının, ekip çalışması ve hasta merkezli hizmet sunumunu güçlendirdiği ifade edilmiştir. Toplumun iyi tanınmasının, eğitim ve hizmet planlamasında temel belirleyici olduğu; bu doğrultuda toplum temelli saha uygulamaları, proje çalışmaları ve uluslararası örnekler (Karabağ modeli vb.) üzerinden deneyim paylaşımı yapılmıştır.

Saptanan sorunlar:

- Eğitim programlarının toplum ihtiyaçlarına yeterince duyarlı olmaması,
- Eğitim hedeflerinin ve çıktılarının net tanımlanmamış olması,
- Multidisipliner ve interprofesyonel eğitim uygulamalarının sınırlı olması,
- Teorik eğitim ile saha uygulamaları arasında kopukluk,
- Eğitim süreçlerinin sürekliliğinin ve yapılandırılmasının yetersiz olması.

Çözüm Önerileri:

- Toplum temelli ve ihtiyaç odaklı eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Üniversiteler ile sağlık hizmet sunucuları arasında güçlü iş birliklerinin kurulması,
- Multidisipliner ve interprofesyonel eğitim modellerinin müfredata entegre edilmesi,
- Eğitim sürecinde saha uygulamaları, proje temelli öğrenme ve toplumsal katılımın artırılması,
- Eğitim programlarının erken dönemden itibaren (ilk yıllardan başlayarak) uygulanması,
- Uluslararası iş birlikleri ve örnek modellerin eğitim sistemine adapte edilmesi.



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinde toplum temelli eğitim yaklaşımının kritik öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu yaklaşımın; öğrencilerin sosyal sorumluluk, ekip çalışması ve toplum sağlığına duyarlılık becerilerini geliştirdiği ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık sisteminin etkinliği açısından hizmet, eğitim ve toplum entegrasyonunun gerekliliği öne çıkmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Toplum temelli ve interprofesyonel eğitim modellerinin yaygınlaştırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmada önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimliği ve halk sağlığı başta olmak üzere farklı disiplinlerin entegrasyonu sağlanmalı; öğrenciler erken dönemde saha ile buluşturulmalıdır. Eğitim programlarının toplum ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde yapılandırılması, sağlık sisteminin etkinliği, verimliliği ve sürdürülebilirliği açısından temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

TAPV Kadın Sağlığında HIV Enfeksiyonu ve Tarama Süreçlerinde GDTM Yaklaşımı

Moderatör: Nurşen Kambur - Doç. Dr. Rabia Can

Raportör: Uzm. Dr. İrem Gelgeç Cingöz

İçerik: Çalıştay kapsamında HIV'in küresel ve ulusal düzeydeki durumu ele alınmış, kadınlar açısından epidemiyolojik veriler paylaşılmış ve Türkiye'deki mevcut durum tartışılmıştır. 2024 yılı verilerine göre Türkiye'de 1.527 yeni HIV vakası bildirildiği ve vakaların %18,2'sinin kadınlardan oluştuğu vurgulanmıştır. Katılımcılarla birlikte birinci basamak hizmetlerde HIV yönetimi, test süreçleri ve danışmanlık hizmetleri değerlendirilmiştir.

Saptanan Sorunlar:

- Kadınların HIV açısından tanı alma süreçlerinin gecikmesi,
- Tanı sonrası bakım ve izleme süreçlerine erişimde güçlükler,
- Sosyoekonomik engeller, damgalanma ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri,
- Gönüllü danışmanlık ve test hizmetlerine başvurunun düşük olması,
- Risk algısının yetersiz olması nedeniyle geç başvuru davranışı.

Çözüm Önerileri:

- Kadınların sağlık hizmetlerine erişimini artıracak toplumsal cinsiyet duyarlı politikaların geliştirilmesi,
- Bölgesel ihtiyaçlara göre planlanmış hizmet modellerinin oluşturulması,
- GDTM hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve görünürlüğünün artırılması,
- Mobil hizmetlerin ve yerel düzeyde danışmanlık mekanizmalarının güçlendirilmesi,
- Test-et-tedavi yaklaşımının desteklenmesi ve erken tanının teşvik edilmesi.

Genel Değerlendirme: Çalıştayda, HIV tanısının çoğunlukla geç konulduğu ve erken tanı olanaklarının artırılmasının kritik olduğu vurgulanmıştır. Danışmanlık hizmetleri ve test merkezlerinin erişilebilirliğinin artırılması gerektiği, bireylerin test yaptırma davranışının desteklenmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: GDTM hizmetlerinin kapasitesinin artırılması, HIV konusunda toplumsal farkındalığın güçlendirilmesi ve özellikle kadınlara yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Riskli grupların erken tanı, test ve tedavi süreçlerine yönlendirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha aktif ve bütüncül yaklaşımlar geliştirilmesi önerilmektedir.

Yaratıcı Yazarlık / Edebiyatta Tıp

Moderatör: Yazar Tarık Tufan

Raportör: Dr. Öğr. Üyesi Duygu Altıparmak

İçerik: Çalıştayda tıp, edebiyat ve sosyal bilimler arasındaki kesişim alanı ele alınmış; özellikle “anlatı tıbbı” yaklaşımı üzerinden hekimlikte yazının yeri tartışılmıştır. Anlatı tıbbı, hastalık deneyimlerinin anlaşılması ve yorumlanması yoluyla daha bütüncül ve insancıl bir sağlık yaklaşımı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca edebiyatın, insan deneyimini anlamlandırmada güçlü bir araç olduğu; hastalık, acı, etik ve insan ilişkileri gibi konuların edebi anlatılar yoluyla daha derin kavranabildiği vurgulanmıştır.

Saptanan Sorunlar: Tıp eğitiminde ve uygulamasında insani/duygusal boyutun geri planda kalması, hekimlerin hasta deneyimini bütüncül olarak anlamakta zorlanması, yazma ve anlatı pratiğinin tıp eğitiminde yeterince yer almaması ile hekimlerin kendi deneyimlerini ifade etme ve anlamlandırma araçlarının sınırlı olması sorunları saptanmıştır.

Çözüm Önerileri

- Tıp eğitimine edebiyat, yazma ve anlatı temelli derslerin eklenmesi
- Öğrencilerin gözlem, anlatım ve yorumlama becerilerinin geliştirilmesi
- Hekimlerin deneyimlerini yazılı olarak ifade etmelerinin teşvik edilmesi
- Hastalık öykülerinin (illness narratives) eğitim sürecine dahil edilmesi
- Yazının, refleksiyon ve mesleki farkındalık aracı olarak kullanılması
- Biyomedikal yaklaşımın ötesine geçilerek biyopsikososyal modelin benimsenmesi
- Hasta–hekim ilişkisinde empati ve anlamaya dayalı yaklaşımın geliştirilmesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda, yazının yalnızca bir ifade aracı değil, aynı zamanda düşünme ve anlamlandırma biçimi olduğu vurgulanmıştır. Anlatılar aracılığıyla bireylerin deneyimlerine anlam yüklediği ve bu süreçte kimlik, değer ve ilişkilerin şekillendiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda yazının; hekimlerin hem kendi mesleki deneyimlerini hem de hastaların yaşantılarını daha derinlikli kavramalarına katkı sağladığı belirtilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Tıp ve edebiyatın kesişiminde yer alan anlatı temelli yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin insani boyutunu güçlendiren önemli araçlardır. Bu doğrultuda; tıp eğitiminde anlatı ve yazma pratiklerine daha fazla yer verilmesi, hekimlerin reflektif düşünme becerilerinin geliştirilmesi ve hasta deneyimini merkeze alan yaklaşımların yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bu yaklaşım, daha empatik, bütüncül ve hasta odaklı sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır.



Kadın Sağlığı ile ilgili Adli Konularda Hukukçular Sağlıkçılardan Ne Bekliyor?

Moderatör: Av. Diren Cevahir Şen; Gülyeter Aktepe/Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın

Raportör: Arş. Gör. Dilara Çin

İçerik: Çalıştayda kadına yönelik şiddetin yalnızca bireysel değil; sağlık, hukuk ve sosyal hizmet alanlarının birlikte ele alması gereken çok boyutlu bir sorun olduğu vurgulanmıştır. Katılımcılar (hukukçu, hekim, sağlık çalışanı) deneyimlerini paylaşarak özellikle birinci basamakta karşılaşılan vakalar üzerinden tartışmalar yürütmüştür. Literatürde de kadına yönelik şiddetin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve sağlık çalışanlarının bu süreçte kritik bir rol üstlendiği belirtilmektedir

Saptanan Sorunlar:

- Kadınların şiddeti bildirmekte çekinmesi ve süreci başlatmakta zorlanması
- Sağlık hizmetlerine geç başvuru
- Güvenli başvuru ortamlarının yetersizliği
- Kadınların hakları ve başvuru yolları hakkında bilgi eksikliği
- Sağlık çalışanlarının yönlendirme konusunda yetersiz kalabilmesi
- Delil toplama ve kayıt süreçlerinde eksiklikler
- Sağlık kayıtlarının hukuki süreçte yetersiz kalabilmesi
- Standart protokollerin eksikliği
- Şiddetin çoğu zaman psikolojik boyutla başlamasına rağmen yeterince fark edilmemesi
- Ruhsal değerlendirme ve destek hizmetlerinin yetersizliği
- Sağlık çalışanlarının şiddet vakalarıyla sık karşılaştığını ancak tanılama ve yönetimde eksiklikler olabildiği

Çözüm Önerileri

- Şiddet bulgularının ayrıntılı, objektif ve standart şekilde kaydedilmesi
- Adli süreçlerde kullanılabilecek nitelikte kayıt tutulması
- Şiddet şüphesi olan her durumda psikolojik değerlendirme yapılması
- Ruh sağlığı desteğinin sürece entegre edilmesi
- Şiddet vakalarına yaklaşım ve hukuki süreçler konusunda eğitimlerin artırılması



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Kanıta dayalı, standart uygulamaların geliştirilmesi
- Sağlık, hukuk ve sosyal hizmetler arasında etkin koordinasyon sağlanması
- Kadınların uygun kurumlara yönlendirilmesi (sosyal hizmet, hukuk, psikolojik destek)

Genel Değerlendirme: Çalıştayda sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadelede kritik bir konumda olduğu vurgulanmıştır Sağlık çalışanları; şiddetin tanınması, kayıt altına alınması, mağdurun desteklenmesi ve uygun birimlere yönlendirilmesinde temel rol oynamaktadır. Ayrıca ilk başvuru anının hem tıbbi hem de hukuki süreç açısından belirleyici olduğu ifade edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet konusunda eğitimleri artırılmalıdır. Standart başvuru ve kayıt protokolleri oluşturulmalıdır. Kadınların başvuru mekanizmaları hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Psikolojik şiddetin tanınması ve görünürlüğü artırılmalıdır. Multidisipliner yaklaşım güçlendirilmelidir Bu doğrultuda, sağlık sistemi içinde yapılandırılmış ve kapsayıcı bir yaklaşım, kadına yönelik şiddetle mücadelede etkinliği artıracaktır.

Birinci Basamakta Gebe ve Aile İzleminde Mindfulness Temelli Kısa Klinik Müdahaleler: Uygulamalı bir Atölye

Moderatör: Dr. Öğr. Üyesi Ebru Sağıroğlu

Raportör: Arş. Gör. Cansu Nirgiz

İçerik: Çalıştay kapsamında katılımcılara mindfulness temelli yaklaşımlar hakkında temel bilgiler verilmiş, bu yaklaşımların klinik uygulamalara nasıl entegre edilebileceği tartışılmış ve uygulamalı örneklerle pekiştirilmiştir. Workshop süresince etkileşimli öğrenme yöntemleri kullanılmıştır.

Saptanan Sorunlar: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin yoğun iş yükü nedeniyle;

- Kendi içsel farkındalıklarına odaklanmakta zorlandıkları,
- Bedensel ve duygusal süreçleri fark etme konusunda sınırlılıklar yaşadıkları,
- Gebe ve ailelere aktarılabilir kısa ve etkili müdahaleler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları belirlenmiştir.

Çözüm Önerileri:

- Mindfulness temelli kısa ve pratik uygulamaların birinci basamak hizmetlere entegre edilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin günlük iş akışına uygun, uygulanabilir tekniklerin kullanılması,
- Bu yöntemler aracılığıyla hem sağlık çalışanlarının hem de gebe ve ailelerin iyilik halinin desteklenmesi önerilmiştir.

Genel Değerlendirme: Workshop uygulamasının katılımcıların farkındalık düzeylerini artırdığı, bakış açılarını geliştirdiği ve mesleki uygulamalarına katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Katılımcılar, bu tür uygulamaların birinci basamakta uygulanabilir olduğunu ifade etmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Mindfulness temelli kısa müdahalelerin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi hem sağlık çalışanlarının hem de hizmet alan bireylerin iyilik halini destekleyebilecek önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda uygulamaların yaygınlaştırılması ve eğitimlerin artırılması önerilmektedir.

Güncellenmiş Kadına Yönelik Şiddet (KYS) Algoritmasının Vaka Üzerinden Tartışılması

Moderatör: Doç. Dr. Özlem Can Gürkan - Uzm. Ayşe Tek Taşlıoğlu

Raportör: Uzm. Dr. Nazire Öncül Börekçi

İçerik: Literatürde de sağlık çalışanlarının şiddet vakalarının tanınması, yönlendirilmesi ve yönetiminde kritik rol oynadığı vurgulanmaktadır. Çalıştay küçük grup tartışmaları şeklinde yürütülmüş; katılımcılara vaka senaryoları sunulurken “nasıl yaklaşılır?”, “algoritma nasıl uygulanır?”, “sahada neden aksar?” gibi sorular üzerinden tartışmalar yapılmıştır. Kadına yönelik şiddetin; fiziksel, psikolojik, cinsel ve sosyal boyutlarıyla ele alınması gerektiği ve sağlık çalışanlarının çoğu zaman şiddeti ilk fark eden kişiler olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca güncel ulusal eylem planlarında da şiddetle mücadelenin sağlık, hukuk ve sosyal hizmetleri kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiği belirtilmektedir.

Saptanan Sorunlar

- Algoritmaların teoride yeterli ancak sahada tam uygulanamaması
- Zaman kısıtlılığı ve iş yükü nedeniyle süreçlerin eksik yürütülmesi
- Muayene ve değerlendirme için ayrılan sürenin yetersizliği
- Sosyal hizmet ve destek mekanizmalarına erişimde aksaklıklar
- Sağlıklı yaşam merkezleri ve ilgili birimlerle entegrasyon eksikliği
- Sistemsel yönlendirme süreçlerinin yeterince işlememesi
- Şiddetin özellikle psikolojik boyutunun yeterince fark edilmemesi
- Riskli bireylerin uygun şekilde yönlendirilememesi
- Bildirim ve kayıt süreçlerinde eksiklikler
- Algoritma kullanımına yönelik bilgi ve pratik eksikliği
- Sürecin çoğunlukla yalnızca hekime yüklenmesi
- Multidisipliner yaklaşımın yeterince işletilememesi

Çözüm Önerileri

- Sağlık çalışanlarına yönelik algoritma temelli uygulama eğitimlerinin artırılması
- Vaka temelli eğitimlerle pratik becerilerin geliştirilmesi
- Sosyal hizmet, psikolojik destek ve sağlık birimleri arasında entegrasyonun artırılması



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Sağlıklı yaşam merkezleri ve ilgili kurumlarla koordinasyonun güçlendirilmesi
- Muayene ve değerlendirme sürelerinin artırılması
- Multidisipliner ekip yaklaşımının aktif kullanılması
- Riskli bireylerin erken tespiti ve etkin yönlendirilmesi
- Standart kayıt ve bildirim sistemlerinin güçlendirilmesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda algoritmaların önemli ve gerekli olduğu; ancak sahada etkili olabilmesi için sistemsel destek, eğitim ve zaman yönetimi unsurlarının güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının yalnızca klinik değil; aynı zamanda sosyal ve hukuki süreçlerde de aktif rol aldığı ve bu nedenle desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir

Sonuç ve Öneriler: Sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler artırılmalıdır. Güncellenmiş algoritmalar sahada uygulanabilir hale getirilmelidir. Hizmet sunum süreçleri güçlendirilmeli ve iş yükü dengelenmelidir. Multidisipliner ve sistem temelli yaklaşım benimsenmelidir. Bu doğrultuda, algoritmaların etkin kullanımı ancak eğitim, sistem desteği ve saha gerçekliğine uygun düzenlemeler ile mümkün olacaktır.

Birinci Basamakta Gebe Okullarının Yönetimi

Moderatör: Dr. Emrullah Şanlan, Uzm. Dr. Sema Nur Şahin Arslan

Raportör: Uzm. Dr. Sema Nur Şahin Arslan

İçerik: Çalıştayda gebe okullarının birinci basamakta uygulanma süreçleri, saha deneyimleri ve mevcut yönetim modelleri tartışılmıştır. Katılımcılar küçük grup çalışmalarıyla Türkiye’deki uygulama örneklerini değerlendirerek sorun alanlarını ve çözüm önerilerini ortaya koymuştur. Gebe okulları; gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti sunan yapılandırılmış programlardır ve anne adaylarının sürece fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanmasını amaçlar

Saptanan Sorunlar:

- Katılımcı sayısının düşük olması ve programlara ilginin sınırlı kalması
- Program içeriklerinin yeterince çekici ve sürdürülebilir olmaması
- Yıllık değerlendirme ve izlem süreçlerinin yetersizliği
- Aile hekimliği ile entegrasyon eksiklikleri
- Kurumlar arası (İSM, SHM, ASM) koordinasyon ve standardizasyon sorunları

Çözüm Önerileri

- Gebe okulundan sorumlu doktor ve ebe ile beraber fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve aile hekimi işbirliği ile gebelik sürecinin bütüncül ele alınması
- Gebe eğitimlerinin farklı disiplinlerin katkısıyla zenginleştirilmesi
- Eğitim modüllerinin çeşitlendirilmesi ve güncellenmesi
- Tanıtım ve farkındalık çalışmalarının artırılması
- Katılımı teşvik edici uygulamaların geliştirilmesi
- Aile sağlığı merkezleri ile gebe okulları arasında etkin koordinasyon sağlanması
- Prekonsepsiyonel süreçten itibaren gebelik sürecinde devam ederek gebe okulu tanıtımının aile sağlığı merkezinde başlatılması
- Gebelerin “Annelik yolculuğu” mobil uygulamasına kayıt olmasını teşvik ederek dijital kayıt süreçlerinin takibinin teşvik edilmesi
- Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında entegrasyonun güçlendirilmesi
- Programların düzenli olarak değerlendirilmesi
- Geri bildirim mekanizmalarının kurulması
- Mevcut gebelerin katılım oranı, Gebe okulu tamamlama oranı, mobil uygulama kullanım



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

oranı, emzirme başarısı, primer sezaryen istatistikleri üzerinden aylık/yıllık performans analizleri ile takip edilmesi

- Standart yönetim modellerinin geliştirilmesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda gebe okullarının, anne ve bebek sağlığını geliştirmede önemli bir rol oynadığı ve sağlık sisteminin koruyucu hizmetler boyutunu güçlendirdiği vurgulanmıştır. Gebelik eğitimi programlarının, anne adaylarının bilgi düzeyini artırdığı ve doğuma yönelik kaygıları azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca gebe okullarının etkinliği için sağlık kurumları arasında güçlü entegrasyon ve standart uygulamaların gerekliliği ifade edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Gebe okullarının birinci basamakta yaygınlaştırılması ve güçlendirilmesi gereklidir. Eğitim içerikleri güncellenmeli ve katılım artırılmalıdır. Multidisipliner ve entegre hizmet modeli benimsenmelidir. İzlem ve değerlendirme süreçleri sistematik hale getirilmelidir. Bu doğrultuda geliştirilecek yapılandırılmış ve sürdürülebilir modeller, anne ve bebek sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

Cilt Altı Yerleştirilen Kontraseptif Yöntem, Uygulama

Moderatör: Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural

Raportör: Uzm. Dr. Laçın Aksoy

İçerik: Çalıştayda uzun etkili geri dönüşlü kontraseptif yöntemler kapsamında implantların yeri ele alınmıştır. İmplantların kolun iç kısmına yerleştirilen, progestin (progesteron türevi hormon) salgılayan ve gebeliği önleyen etkili bir yöntem olduğu vurgulanmıştır. Bu yöntem; ovulasyonu baskılama, servikal mukusu kalınlaştırma ve endometriumu inceltme yoluyla gebeliği önler ve genellikle 3 yıl süreyle yüksek etkinlik sağlar. Ayrıca yöntemin kullanıcı bağımlılığının düşük olması, uzun süreli koruma sağlaması ve çıkarıldığında doğurganlığın hızla geri dönmesi önemli avantajlar olarak tartışılmıştır. Özellikle; adet düzensizliği ve kanama değişikliklerinin en sık sorun olduğu, yan etkilerin hastalar tarafından yeterince anlaşılmadığı ve danışmanlık sürecinin yöntemin devamlılığı açısından kritiktir. Literatürde de implant kullanımında en sık görülen yan etkinin adet düzensizlikleri olduğu belirtilmektedir.

Saptanan Sorunlar

- Yöntem hakkında bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar
- Yan etkiler (özellikle adet düzensizlikleri) nedeniyle yöntemin bırakılması
- Danışmanlık süreçlerinin yetersiz olması
- Kontrendikasyonların ve uygun hasta seçiminin yeterince bilinmemesi
- Takip ve kontrol süreçlerinin aksaması

Çözüm Önerileri

- Uygulama öncesi kapsamlı bilgilendirme yapılması
- Yan etkilerin (özellikle kanama düzensizlikleri) açık şekilde anlatılması
- Gerçekçi beklenti oluşturulması
- Uygulama öncesi gebelik dışlanması
- Uygulama sonrası erken ve düzenli kontrol süreçlerinin planlanması
- İmplant yerinin değerlendirilmesi ve komplikasyonların izlenmesi
- Yöntemin uzun süreli ve geri dönüşlü olduğu konusunda bilgilendirme
- Yan etkilerin çoğunlukla geçici olduğunun anlatılması
- Gerekğinde sağlık kuruluşuna başvuru kriterlerinin açıklanması
- Birinci basamakta implant uygulama ve danışmanlık becerilerinin artırılması
- Kanıta dayalı yaklaşımın yaygınlaştırılması



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda implant yönteminin, yüksek etkinliği ve kullanım kolaylığı nedeniyle önemli bir kontraseptif seçenek olduğu vurgulanmıştır. Ancak yöntemin başarısında en kritik unsurun etkili danışmanlık ve doğru hasta bilgilendirmesi olduğu ifade edilmiştir. Yan etkilerin doğru anlatılmaması durumunda yöntemin erken bırakılabildiği; buna karşılık iyi bir danışmanlık süreci ile kullanım devamlılığının artırılabilceği belirtilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Cilt altı implantlar, güvenilir ve uzun etkili kontraseptif yöntemler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Birinci basamakta bu yöntemin daha yaygın ve doğru kullanımı için etkili danışmanlık, hasta eğitimi ve düzenli takip sistemleri güçlendirilmelidir. Bu yaklaşım, istenmeyen gebeliklerin önlenmesine ve üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Prekonsepsiyonel Bakım Rehberi

Moderatörler: Uzm. Dr. Işık Gönenç/Dr. Öğr. Üyesi İrem Nur Özdemir

Raportör: Dr. Semanur Şahin

İçerik: Çalıştayda prekonsepsiyonel bakımın; gebelik öncesinde anne ve baba adaylarının fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan değerlendirilmesini içeren bir risk yönetimi süreci olduğu vurgulanmıştır. Bu bakımın; gebelik öncesinde risklerin belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınması ve sağlıklı gebelik sürecinin desteklenmesini kapsadığı ifade edilmiştir. Ayrıca gebelik öncesi dönemin; beslenme, kronik hastalık yönetimi, bağışıklama, yaşam tarzı düzenlemeleri ve danışmanlık hizmetleri açısından kritik bir fırsat olduğu belirtilmiştir

Saptanan Sorunlar: Prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin yeterince bilinmemesi, toplumda yanlış bilgi ve inanışların yaygın olması, hizmetlere erişimde eşitsizlikler (düşük eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, engellilik), erkek katılımının sınırlı olması ve sağlık sisteminde bu bakımın rutin ve sistematik şekilde sunulmamasıdır.

Çözüm Önerileri

- Ruh sağlığının değerlendirilmesi ve hizmete entegrasyonu
- Tiroid fonksiyonları ve kronik hastalıkların taranması
- Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi
- Riskli gebelikler açısından erken tanı ve danışmanlık
- Prekonsepsiyonel bakımın birinci basamakta standart hizmet olarak sunulması
- Performans sistemlerine entegre edilmesi
- Bireylerin ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yapılandırılmış değerlendirme formlarının kullanılması
- Toplum temelli eğitim programlarının geliştirilmesi
- Beslenme, yaşam tarzı ve üreme sağlığı konusunda farkındalık artırılması
- Çiftlere yönelik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması
- Kayıtlı nüfus üzerinden aktif takip sistemlerinin kurulması
- Hizmet alan bireylerden geri bildirim alınması
- Çift odaklı izlem yaklaşımının benimsenmesi

Genel Değerlendirme: Çalıştayda, prekonsepsiyonel bakımın yalnızca gebelik planlayan bireyler için değil, tüm üreme çağındaki bireyler için önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu bakımın



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026

Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

erken dönemde riskleri azaltarak anne ve bebek sağlığını iyileştirdiği ve toplum sağlığına uzun vadeli katkı sağladığı ifade edilmiştir

Sonuç ve Öneriler: Prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine etkin şekilde entegre edilmesi gerekmektedir. Erken dönemde risk değerlendirmesi yapılmalı, çiftlere yönelik bütüncül danışmanlık hizmetleri sunulmalı, sağlık eğitimi ve planlama süreçleri güçlendirilmelidir. Bu yaklaşım, sağlıklı gebeliklerin artırılması ve anne–bebek sağlığının iyileştirilmesi açısından kritik bir halk sağlığı müdahalesi olarak değerlendirilmektedir.

Kanser Taramalarında Birinci Basamağın Önemi ve Hizmetlerin Güçlendirilmesi

Moderatörler: Prof. Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın; Uz. Dr. Fatma Burcu Doğanç

Raportör: Doç. Dr. Ayşegül Şimşek

İçerik: Çalıştayda katılımcılar küçük gruplara ayrılarak;

- Birinci basamağın taramadaki rolü,
- Tarama katılımını etkileyen faktörler,
- Sistemsel ve organizasyonel sorunlar,
- Sağlık çalışanlarının katılımını sınırlayan etkenler,
- Bireysel ve toplumsal engeller

Başlıklarında tartışmalar yürütmüş ve sonuçlar ortak oturumda paylaşılmıştır.

Türkiye’de meme kanseri taramalarının birinci basamak ve KETEM iş birliği ile yürütüldüğü; 40–69 yaş arası kadınlara düzenli mamografik tarama önerildiği vurgulanmıştır.

Saptanan Sorunlar

Hizmet Sunumuna İlişkin Sorunlar:

- Birinci basamakta tarama hizmetlerinin aktif ve sistematik yürütülememesi,
- Aile hekimlerinin iş yükü ve zaman kısıtlılığı,
- KETEM randevu ve erişim sorunları,
- Veri takibi ve geri bildirim mekanizmalarının yetersizliği.

Katılımı Azaltan Bireysel ve Toplumsal Faktörler:

- Düşük farkındalık ve sağlık okuryazarlığı,
- Korku, kaygı ve yanlış inanışlar,
- Mahremiyet algısı ve kültürel engeller,
- Zaman ayıramama,
- Kırsal bölgelerde erişim zorlukları.

Sağlık Çalışanlarına İlişkin Sorunlar:

- Eğitim ve bilgi eksikliği,
- Motivasyon düşüklüğü,
- Performans ve teşvik sistemlerinin yetersizliği,
- Tarama hedef grubunun (40-69 y kadınlar), organize edilmiş davet sistemi içinde düzenli olarak taramalarının yürütülmemesi, izlenmemesi.

Sistem Düzeyinde Sorunlar:

- ASM–KETEM entegrasyonunun sınırlı olması,
- Tarama sonuçlarının izlenmesi ve geribildirim eksiklikleri,
- Organizasyonel ve lojistik yetersizlikler.

Çözüm Önerileri

Hizmet Sunumunun Güçlendirilmesi:

- Aile hekimleri tarafından yürütülecek, aktif davet ve izlem sistemlerinin kurulması (SMS, telefon vb.),
- Tarama programlarının düzenli izlenmesi ve raporlanması, aile hekimlerine düzenli geribildirimlerin verilmesi (KETEM’e yönlendirdiği kadınların taramaya katılıp katılmadıkları ve tarama sonuçları ve izlem önerileri hk.),
- ASM–KETEM entegrasyonunun sürekli ve yapılandırılmış hizmet içi eğitimlerle güçlendirilmesi,

- Mobil ve kırsal ulaşım desteklerinin sağlanması.

Katılımın Artırılması:

- Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar tarafından topluma yönelik sürekli eğitim ve farkındalık çalışmalarının yürütülmesi,
- Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar tarafından sağlık okur-yazarlığını artırmaya yönelik müdahaleler,
- Kadınlara yönelik mahremiyete duyarlı hizmet sunumu,
- Esnek randevu sistemleri ve hatırlatıcı uygulamaların uygulanması.

Sağlık Çalışanlarının Desteklenmesi

- Periyodik ve katılımlı olarak hem ASM hem KETEM çalışanlarına yönelik hizmet-içi eğitimlerin yürütülmesi,
- ASM ve KETEM çalışanlarına yönelik performans ve teşvik sistemlerinin geliştirilmesi,
- ASM’lerdeki iş yükünü dengeleyecek organizasyonel düzenlemeler yapılması,
- ASM ve KETEM’lerde ekip temelli çalışma yaklaşımının güçlendirilmesi.

Sistemsel İyileştirmeler

- Tarama verilerinin merkezi ve entegre şekilde izlenmesi, tarama sonuçlarının sadece sayısal veriler olarak değil, ayrıntılı bilimsel analizleri raporlanarak ASM çalışanları ve ulusal bazda paylaşılması,
- Taramalara katılımları artırabilmek amacıyla, dijital sistemler ve hatırlatma mekanizmalarının kullanılması,
- Hem kamuda hem de özel sağlık kuruluşlarında çekilen mamografilerin ve sonuçlarının tarama ve tanı olarak ayrımı yapılarak, bireysel bazda merkezi sağlık kayıt sisteminde birleştirilmesi, böylece gereksiz ve sık mamografik çekimlerin önlenmesi ve ulusal veri sisteminin geliştirilmesi, genişletilmesi,
- Genetik risk ve tarama verilerinin birlikte değerlendirilebildiği sistemlerin geliştirilmesi.

Genel Değerlendirme: Çalıştayda, ülkemizde ulusal tarama programında hedeflenmiş olan topluma dayalı kanser taramalarının, tarama hedef grubundaki her bir kadına eş fırsat tanıyarak zamanında uygulanabilmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünün çok temel, özel ve kritik olduğu vurgulanmıştır. Mevcut durumda hedeflenen %70’e erişimde sorunlar, eksikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tarama programlarının başarısının, kaliteli, eşit, erişilebilir bir sağlık hizmeti sunumu yanında, bireysel, toplumsal ve sistemsel faktörlerin bütüncül olarak birlikte ele alınmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kanser taramalarındaki etkinliğinin artırılması için; entegre, erişilebilir ve hasta merkezli hizmet modelleri geliştirilmelidir. Toplum temelli yaklaşımlar ve davranış değişikliği stratejileri uygulanmalıdır. Sağlık çalışanları desteklenmeli ve sistem düzeyinde koordinasyon güçlendirilmelidir. Bu yaklaşımlar, kanserin erken tanısını artırarak mortaliteyi azaltmada önemli katkı sağlayacaktır.

Birinci Basamakta Dijital Teknolojilerinin Kullanımı

Moderatörler: Doç. Dr. Didem Kafadar- Uzm. Dr. Demet Yılmaz

Raportör: Arş. Gör. Cansu Nirgiz

İçerik ve Süreç

Çalıştayda birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan dijital sağlık uygulamaları ve yapay zekâ temelli yaklaşımlar ele alınmıştır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan dijital araçların, sağlık

hizmetlerinin planlanması, sunulması ve izlenmesindeki rolü değerlendirilmiştir.

Özellikle elektronik sağlık kayıtları, e-Nabız, AHBS sistemleri, tele-sağlık uygulamaları ve yapay zekâ destekli karar destek mekanizmalarının birinci basamaktaki kullanım alanları tartışılmıştır.

Katılımcılar mevcut uygulamaların avantajlarını ve geliştirilmesi gereken yönlerini paylaşmıştır.

Saptanan Temel Sorun Alanları

- Dijital sağlık ve yapay zekâ uygulamalarına ilişkin ulusal standartların ve uygulama rehberlerinin yeterince gelişmemiş olması.
- Hekimlerin hasta bakımında kullandıkları dijital sistemlerin iş yükünü azaltmak yerine zaman zaman artırması.
- E-devlet, e-Nabız ve benzeri sistemlerde yaşanan teknik aksaklıkların hizmet sunumunu olumsuz etkilemesi.
- Farklı dijital platformlar arasında yeterli entegrasyonun bulunmaması.
- Tele-sağlık uygulamalarının kullanımında mevzuat ve uygulama belirsizliklerinin bulunması.
- Dijital sistemlerin kullanımında kullanıcı eğitimlerinin yetersiz olması.
- Veri güvenliği ve kişisel sağlık verilerinin korunmasına ilişkin kaygılar.
- Dijital uygulamaların sağlık çalışanları tarafından etkin kullanımını destekleyen teknik altyapının her yerde eşit düzeyde olmaması.
- Dijital sistemlerin kullanımının zaman zaman hekim-hasta iletişimini olumsuz etkileyebilmesi.

Geliştirilen Çözüm Önerileri

1. Altyapı ve Sistem Entegrasyonu

- Dijital teknolojilere ilişkin ulusal standartların ve kullanım kılavuzlarının geliştirilmesi.
- Sağlık bilgi sistemleri arasındaki entegrasyonun güçlendirilmesi.
- Teknik altyapı eksikliklerinin giderilmesi ve sistemlerin daha kullanıcı dostu hale getirilmesi.
- Dijital uygulamaların performans ve kullanım kolaylığı açısından düzenli olarak değerlendirilmesi.

2. Eğitim ve Yetkinlik Geliştirme

- Sağlık çalışanlarına dijital sağlık uygulamaları konusunda düzenli eğitimler verilmesi.
- Yapay zekâ ve dijital sağlık teknolojilerinin etkin kullanımına yönelik uygulamalı eğitim programlarının geliştirilmesi.
- Yeni teknolojilere uyum sürecini destekleyen sürekli mesleki gelişim faaliyetlerinin artırılması.

3. Tele-Sağlık ve Uzaktan Hizmetler

- Tele-sağlık uygulamalarına ilişkin mevzuatın netleştirilmesi.
- Uzaktan danışmanlık ve izlem hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonunun güçlendirilmesi.
- Tele-sağlık uygulamalarının erişilebilirliğinin artırılması.

4. Veri Güvenliği ve Etik

- Kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi.
- Yapay zekâ uygulamalarının etik kullanım ilkelerinin belirlenmesi.
- Veri paylaşımı ve kullanım süreçlerinde şeffaflığın artırılması.

Genel Değerlendirme

Çalıştay süresince dijital sağlık uygulamaları ve yapay zekâ teknolojilerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde giderek daha önemli hale geldiği vurgulanmıştır. Bu teknolojilerin sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırma, iş süreçlerini kolaylaştırma ve sağlık hizmetlerine erişimi geliştirme potansiyeline sahip olduğu ifade edilmiştir.

Bununla birlikte, teknolojik altyapı eksiklikleri, kullanıcı deneyimi sorunları, veri güvenliği kaygıları ve eğitim ihtiyaçlarının dijital dönüşüm sürecinin önündeki önemli engeller olduğu değerlendirilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dijital teknolojilerin etkin ve güvenli kullanımının artırılması gerekmektedir. Bu kapsamda:

- Sağlık bilgi sistemleri arasındaki entegrasyon güçlendirilmelidir.
- Dijital sağlık ve yapay zekâ uygulamalarına yönelik eğitimler yaygınlaştırılmalıdır.
- Veri güvenliği ve etik standartlar geliştirilmelidir.
- Tele-sağlık hizmetlerinin yasal ve teknik altyapısı güçlendirilmelidir.
- Kullanıcı dostu ve iş yükünü azaltan dijital çözümler desteklenmelidir.

Dijital teknolojilerin ve yapay zekâ uygulamalarının uygun şekilde kullanılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına, sağlık çalışanlarının iş yükünün azaltılmasına ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

ASM, TSM ve SYM Arasındaki İşbirliğinin Geliştirilmesi

Moderatör: Uzm. Dr. Burcu Başaran Güngör - Doç. Dr. Ayşegül Şimşek

Raportör: Uzm. Dr. İrem Gelgeç Cingöz

İçerik ve Süreç

Çalıştay, SHM, TSM ve ASM'nin tanımları ile başlamıştır. Birimlerin görevleri, sorumluluk alanları ve yürüttükleri faaliyetler hakkında katılımcılarla bilgi paylaşılmıştır. Kurumlar arası işleyiş, görev

dağılımı ve sahada karşılaşılan uygulama sorunları değerlendirilmiştir.

Saptanan Temel Sorun Alanları

- Aile sağlığı hemşiresi sayısının sahada yetersiz olması.
- Bir birimin işlerinin zaman zaman diğer birimlere yüklenmesi nedeniyle iş yükü dengesizliği yaşanması.
- TSM, SHM ve ASM arasındaki görev dağılımının net olmaması.
- Çalışanların kendi görevlerinin dışında işlerde görevlendirilmesi.
- Personelin birden fazla görev üstlenmek zorunda kalması.
- Maaş ve ek ödeme sistemlerine ilişkin memnuniyetsizlikler.
- Sahada personel eksikliğinin bulunması.
- Görev tanımlarının uygulamada yeterince net olmaması.
- Yapılan denetimlerin ve değerlendirmelerin standart şekilde yürütülememesi.
- Sağlık hizmetleri ile ilgili karar alma süreçlerinde çalışan görüşlerinin yeterince dikkate alınmaması.
- Veri ve bilgi paylaşım sistemlerinde eksiklikler bulunması.

Geliştirilen Çözüm Önerileri

1. Görev ve Yetki Tanımlarının Netleştirilmesi

- Yönetmeliklerde yer alan görev ve sorumlulukların açık şekilde tanımlanması.
- SHM, TSM ve ASM arasındaki iş bölümü ve yetki sınırlarının belirgin hale getirilmesi.
- Personelin görev tanımlarının yeniden gözden geçirilmesi ve netleştirilmesi.



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

2. İnsan Gücü Planlaması

- Sahadaki personel eksikliğinin giderilmesi.
- İş yüküne uygun personel planlaması yapılması.
- Çalışanların görev dağılımında adaletin sağlanması.

3. Yönetim ve Koordinasyonun Güçlendirilmesi

- Kurumlar arası koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesi.
- Yapılan denetim ve değerlendirmelerin standart kriterlere göre yürütülmesi.
- Sorunların çözümüne yönelik düzenli geri bildirim mekanizmalarının oluşturulması.

4. Çalışan Hakları ve Motivasyon

- Ücretlendirme ve ek ödeme sistemlerinin gözden geçirilmesi.
- Çalışanların karar alma süreçlerine katılımının artırılması.
- Mesleki motivasyonu artıracak uygulamaların geliştirilmesi.

5. Veri Yönetimi

- Veri paylaşımı ve raporlama süreçlerinin iyileştirilmesi.
- Kurumlar arasında ortak veri sistemlerinin geliştirilmesi.
- Karar verme süreçlerini destekleyecek veri altyapısının güçlendirilmesi.

Genel Değerlendirme

Çalıştayda, SHM, TSM ve ASM arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesinin hizmet sunumunun etkinliği açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Katılımcılar, görev tanımlarının netleştirilmesi, insan gücü planlamasının iyileştirilmesi ve kurumlar arası koordinasyonun artırılmasının mevcut sorunların çözümüne önemli katkı sağlayacağını ifade etmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

- SHM, TSM ve ASM'nin görev, yetki ve sorumlulukları daha açık şekilde tanımlanmalıdır.
- Sahadaki personel ihtiyacı karşılanmalı ve iş yükü dengeli biçimde dağıtılmalıdır.
- Kurumlar arası koordinasyon ve iletişim mekanizmaları güçlendirilmelidir.
- Çalışanların görüş ve önerilerinin yönetsel süreçlere yansıtılması sağlanmalıdır.
- Veri yönetimi ve bilgi paylaşım sistemleri geliştirilmelidir.
- Çalışan motivasyonunu artıracak özlük hakları ve destekleyici uygulamalar güçlendirilmelidir.

Yeni Başlayanlar İçin Aile Hekimliği 101

Moderatör: Uzm. Dr. Emrah Kırımlı

Raportör: Dr. Çağrı Girit

İçerik ve Süreç

Çalıştayda aile hekimliği uygulamalarına yeni başlayan hekimlerin görev, sorumluluk ve çalışma süreçleri ele alınmıştır. Sahada karşılaşılan idari, fiziksel, iletişimsel ve güvenlik sorunları

değerlendirilmiş; aile sağlığı merkezlerinin işleyişi, hasta yönetimi, sevk süreçleri ve birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik öneriler tartışılmıştır.

Saptanan Temel Sorun Alanları

- Mahremiyet sorunu, özellikle mobil hizmetlerde önemli bir problem olarak belirtilmiştir.
- Sağlık okuryazarlığının düşük olması, birinci basamağa güven ilişkisini olumsuz etkilemektedir.
- Fiziksel şartların yetersizliği nedeniyle muayene süreçlerinde güçlükler yaşanmaktadır.
- Hasta-hekim ilişkilerinde iletişim sorunları ve sınır ihlalleri görülebilmektedir.
- Bireylerin doğrudan üst basamak sağlık kuruluşlarına başvurması, aile hekimlerinin hizmet sunumunu ve yönlendirme rolünü zayıflatmaktadır.
- Randevu sistemlerinde yaşanan aksaklıklar hizmete erişimi olumsuz etkilemektedir.
- ASM’lerde bazı ilaçların reçete edilmesine ilişkin kısıtlılıklar sorun oluşturmaktadır.
- Vekâlet uygulamaları ve güvenlik konuları sahada önemli sorun alanları olarak değerlendirilmiştir.

Geliştirilen Çözüm Önerileri

1. Hizmet Sunumu ve Organizasyon

- Sistem değişikliklerinin ve mevzuat düzenlemelerinin izlenmesi.
- Olmayan kaygı ve beklentilerin gerçekçi biçimde yönetilmesi.
- ASM hizmet işleyişinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi.
- Sınırların bilinmesi ve doğru iletişim kurulması.
- Genel bilgi eksikliği olan konularda hastane ve üst basamak birimlerden destek talep edilmesi.

2. Hasta-Hekim İletişimi

- Hastaların düzenli ve anlaşılır şekilde bilgilendirilmesi.
- Her hastanın kendi koşulları içinde değerlendirilmesi.

- Güvenli ve saygılı iletişim ortamının oluşturulması.
- Özel durumlarda uygun iletişim ve yönlendirme yöntemlerinin kullanılması.

3. Sistem ve Altyapı

- Basına, bilgi verme ve halkı bilgilendirme konusunda yönetmelik değişiklikleri için hekimler üzerinde baskı oluşturmaması gerektiği vurgulanmıştır.
- Cari giderlerin yeterli hale getirilmesi.
- Randevu sistemine yönelik bakanlık düzeyinde müdahalelerin yapılması.
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri için teşvik mekanizmalarının güçlendirilmesi.
- ASM’lerde reçete edilemeyen ilaçlara ilişkin sorunların gözden geçirilmesi.

4. Güvenlik ve Çalışma Koşulları

- Vekâlet uygulamalarından kaynaklanan sorunların düzenlenmesi.
- ASM’lerde güvenlik önlemlerinin artırılması.
- Hekimlerin çalışma ortamlarının fiziksel ve mesleki açıdan desteklenmesi.

Genel Değerlendirme

Çalıştayda, aile sağlığı merkezlerinin diğer sağlık birimlerine kıyasla daha özel ve hassas bir çalışma alanı olduğu değerlendirilmiştir. ASM’lerin, yalnızca başvuran hastaların muayene edildiği kurumlar değil; bireylerin sağlık sorunlarının erken dönemde tanımlandığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ve gerektiğinde üst basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmenin yapıldığı temel sağlık birimleri olduğu vurgulanmıştır.

Sorunların farkında olunmasının ve çözüm süreçlerinin kendi işleyişi içinde desteklenmesinin aile hekimliği uygulamalarının güçlendirilmesine katkı sağlayacağı ifade edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Yeni başlayan aile hekimlerinin sahaya uyum süreci desteklenmelidir. Bu kapsamda:

- Aile hekimliği uygulamalarına yönelik oryantasyon programları güçlendirilmelidir.
- ASM’lerin fiziksel koşulları ve güvenlik altyapısı iyileştirilmelidir.
- Hasta-hekim iletişimini destekleyen eğitimler artırılmalıdır.
- Randevu, reçeteleme ve sevk süreçlerine ilişkin sistemsel sorunlar gözden geçirilmelidir.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamağın yönlendirici rolü güçlendirilmelidir.
- Yeni başlayan hekimlere mesleki rehberlik ve danışmanlık desteği sağlanmalıdır.

Uygulamada Davranışçı Yaklaşım: Zorluklar Çözümler

Moderatörler: Prof. Dr. Serap Çiğçili - Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın

Raportör: Doç. Dr. Ayşegül Şimşek

İçerik ve Süreç

Çalıştay, katılımcıların tanışması ve beklentilerinin alınması ile başlamıştır. Ardından birinci basamakta çeşitli alanlarda kullanılabilecek davranışçı yaklaşımın temel özellikleri ve uygulama ilkeleri hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Davranışçı yaklaşımın kullanımına ilişkin örnek bir görüşme izlenmiş ve uygulama basamakları değerlendirilmiştir. Sonrasında katılımcılarla birlikte görüşme örneği üzerinden tartışmalar yürütülmüş, uygulama sırasında karşılaşılabilecek olası zorluklar ve bu zorluklara yönelik çözüm yolları ele alınmıştır. Katılımcıların deneyimleri ve geri bildirimleri paylaşılmıştır.

Saptanan Temel Sorun Alanları

- Davranış değişikliği oluşturma sürecinin zaman alıcı olması.
- Bireylerin değişime hazır oluş düzeylerinin farklılık göstermesi.
- Danışanların motivasyonlarının sürdürülebilir şekilde desteklenmesindeki güçlükler.
- Sağlık çalışanlarının davranışçı yaklaşım tekniklerini uygulama konusunda deneyim farklılıklarının bulunması.
- Görüşme sürecinde direnç ve uyumsuzluk durumlarıyla karşılaşılabilmesi.
- Birinci basamakta zaman kısıtlılığı nedeniyle davranış değişikliği odaklı görüşmelere yeterli süre ayrılamaması.

Geliştirilen Çözüm Önerileri

1. Eğitim ve Beceri Geliştirme

- Sağlık çalışanlarına davranışçı yaklaşım teknikleri konusunda düzenli eğitimler verilmesi.
- Motivasyonel görüşme ve davranış değişikliği yöntemlerinin uygulamalı olarak öğretilmesi.
- Vaka örnekleri ve süpervizyon desteği ile uygulama becerilerinin geliştirilmesi.

2. Danışan Merkezli Yaklaşım

- Bireylerin değişime hazır oluş düzeylerinin dikkate alınması.
- Gerçekçi ve ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi.

- Danışanların güçlü yönlerinin ve mevcut kaynaklarının desteklenmesi.

3. İzlem ve Geri Bildirim

- Davranış değişikliği sürecinin düzenli takip edilmesi.
- Küçük ilerlemelerin dahi olumlu geri bildirimlerle desteklenmesi.
- Bireyselleştirilmiş izlem planlarının oluşturulması.

4. Birinci Basamakta Uygulanabilirliğin Artırılması

- Kısa ve yapılandırılmış davranış değişikliği görüşmelerinin yaygınlaştırılması.
- Rutin hizmetler içerisine davranışçı yaklaşım uygulamalarının entegre edilmesi.
- Ekip temelli çalışma anlayışıyla danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi.

Genel Değerlendirme

Çalıştayda davranışçı yaklaşımın birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılabilecek etkili yöntemlerden biri olduğu vurgulanmıştır. Özellikle sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, kronik hastalık yönetimi, sigara bırakma, kilo kontrolü ve tedavi uyumunun artırılması gibi alanlarda

davranışçı yaklaşımın önemli katkılar sağlayabileceği ifade edilmiştir.

Katılımcılar, uygulama örnekleri üzerinden davranışçı yaklaşımın temel ilkelerini değerlendirme fırsatı bulmuş ve yöntemin günlük uygulamalarda kullanımına ilişkin görüşlerini paylaşmışlardır.

Sonuç ve Öneriler

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde davranışçı yaklaşım uygulamalarının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bu kapsamda:

- Sağlık profesyonellerine yönelik uygulamalı eğitimler artırılmalı,
- Motivasyonel görüşme teknikleri desteklenmeli,
- Davranış değişikliği süreçlerine yönelik düzenli izlem mekanizmaları kurulmalı,
- Danışan merkezli ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlar benimsenmelidir.

Bu yaklaşımın sağlık davranışlarının geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bireylerin sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Birinci Basamakta İnfertilite Farkındalığı ve Fertilite Koruyucu Yaklaşımlar

Moderatörler: Dr. Öğr. Üyesi Melek Ersoy Cingi, Hem.Hatice Özkan

Raportör: Arş. Gör. Melisa Koç

İçerik ve Süreç

Çalıştayda infertiliteye ilişkin temel kavramlar ele alınmış, katılımcının konuya yönelik soruları cevaplandırılmıştır. İnfertilitenin nedenleri, risk faktörleri ve fertiliteyi koruyucu yöntemler hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca kadın ve erkek infertilitesine ilişkin temel bilgiler paylaşılmış, erken dönemde farkındalık oluşturma'nın önemi vurgulanmıştır.

Saptanan Temel Sorun Alanları

- İnfertilitenin genel tanımı ve nedenleri hakkında bilgi eksikliklerinin bulunması.
- Kadın infertilitesinin genel nedenleri ve risk faktörlerinin yeterince bilinmemesi.
- Erkek infertilitesine ilişkin risk faktörleri konusunda farkındalığın düşük olması.
- Fertiliteyi koruyucu yöntemler hakkında bilgi yetersizliği.
- Riskli bireylerin erken dönemde tanımlanamaması.
- Kadın ve erkeklerde infertilitenin psikolojik etkilerinin yeterince ele alınmaması.
- Üreme sağlığına ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yeterince yararlanılmaması.

Geliştirilen Çözüm Önerileri

1. Farkındalık ve Eğitim Çalışmaları

- İnfertiliteden korunmaya yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması.
- Üreme sağlığı eğitimlerinin erken yaşlardan itibaren verilmesi.
- Toplumun infertilite ve fertilite koruma yöntemleri konusunda bilinçlendirilmesi.

2. Birinci Basamak Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

- Birinci basamakta üreme sağlığının düzenli olarak değerlendirilmesi.
- Riskli bireylerin erken dönemde belirlenmesi ve izlenmesi.
- Gerekğinde bireylerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi.

3. Erken Tanı ve Danışmanlık

- İnfertilite belirtileri açısından bireylerin değerlendirilmesi.
- Fertiliteyi etkileyebilecek risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi.
- Tanı ve tedavi süreçleri için sağlık kuruluşlarına başvurunun geciktirilmemesi



3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

26- 28 MART 2026
Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesi
BİRİNCİ BASAMAĞIN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ İLE HARMONİZASYONU



Sağlık Bilimleri Fakültesi

konusunda danışmanlık verilmesi.

Genel Değerlendirme

Çalışma, bireysel bilgilendirme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresince katılımcının infertilite konusunda belirli düzeyde bilgi sahibi olduğu, fertilite konusunda ise farkındalığının bulunduğu değerlendirilmiştir. Katılımcının mevcut bilgi düzeyi desteklenmiş, eksik olduğu alanlarda bilgilendirme yapılmış ve birinci basamakta infertiliteye yönelik alabileceği danışmanlık ve destek hizmetleri hakkında bilgi verilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

İnfertiliteye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamakta güçlendirilmelidir. Bu kapsamda:

- Üreme sağlığı eğitimleri yaygınlaştırılmalı,
- Risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi sağlanmalı,
- Bireylere danışmanlık hizmetleri sunulmalı,
- Gerektiğinde üst basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirme yapılmalıdır.

Erken tanı, etkili danışmanlık ve düzenli izlem uygulamaları ile infertilitenin önlenmesi ve yönetiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir rol üstlendiği değerlendirilmektedir.

3. ULUSAL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ SONUÇ BİLDİRGESİ

26–28 Mart 2026, İstanbul

Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı (MARSEV) ile Marmara Üniversitesi Marmara Aile Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi iş birliğinde düzenlenen 3. Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kongresi, “Birinci Basamağın Temel Sağlık Hizmetleriyle Harmonizasyonu” temasıyla 26–28 Mart 2026 tarihlerinde İstanbul’da gerçekleştirilmiştir. Kongrede aile hekimliği, halk sağlığı, hemşirelik, ebelik, diyetisyenlik, psikoloji, fizyoterapi, sosyal hizmet, diş hekimliği ve diğer sağlık disiplinlerinden akademisyenler, sağlık profesyonelleri ve öğrenciler bir araya gelerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin bugünü ve geleceği çok yönlü olarak değerlendirilmiştir.

Bilimsel program kapsamında gerçekleştirilen konferanslar, paneller, atölye çalışmaları ve bilimsel bildiri oturumlarında ortaya çıkan ortak görüşler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Kongreden Çıkan Temel Sonuçlar

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlık sisteminin en stratejik bileşenidir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ancak koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlıklı geliştirici hizmetlerin dengeli biçimde sunulmasıyla mümkündür. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için aile hekimliği ile halk sağlığı yaklaşımının birbirini tamamlayan yapılar olarak değerlendirilmesi; ortak hedefler doğrultusunda uyumlu, koordineli ve veri temelli bir çalışma kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Harmonizasyonun amacı kurumsal birleşme değil, işlevsel uyumun sağlanmasıdır.

Sağlık sorunlarının önemli bir bölümü biyolojik nedenlerden çok sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle toplum sağlığını geliştirmeye yönelik girişimlerde sağlık sektörünün yanı sıra eğitim, sosyal hizmetler, yerel yönetimler ve diğer paydaşların etkin katılımı sağlanmalıdır.

Birinci basamakta ekip temelli ve disiplinler arası hizmet modeli, birey ve toplum gereksinimlerine daha kapsamlı yanıt verilmesini sağlamaktadır. Meslekler arası iş birliği yalnızca hizmet sunumunda değil, eğitim, araştırma ve politika geliştirme süreçlerinde de temel yaklaşım olarak benimsenmelidir.

Kronik hastalıkların yönetimi, bağışıklama hizmetleri, anne-çocuk sağlığı, kanser taramaları, kadın sağlığı, ruh sağlığı, yaşlı sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede birinci basamağın koordinasyon rolünün güçlendirilmesi gerekmektedir.

Dezavantajlı bireylerin ve kırılgan grupların sağlık hizmetlerine eşit erişiminin sağlanması sağlık sisteminin temel önceliklerinden biri olmalıdır. Sağlıkta hakkaniyet ancak risk altındaki bireylerin erken belirlenmesi, toplum temelli izlem ve kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesiyle mümkün olacaktır.

Sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, kurumlar arasında çift yönlü veri paylaşımının sağlanması ve verilerin karar süreçlerinde etkin kullanılması, harmonizasyonun temel

bileşenlerinden biridir. Dijital teknolojiler sağlık hizmetlerinin niteliğini artıracak şekilde planlanmalıdır.

Toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, aşı tereddüdü ile mücadele edilmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi ve toplum katılımının artırılması birinci basamağın temel sorumluluk alanları arasında yer almaktadır.

Bilimsel kanıtların sağlık politikalarına daha güçlü biçimde yansıtılması ve birinci basamakta yürütülen araştırmaların desteklenmesi, hizmet kalitesinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Öneriler

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin merkezinde konumlandırılmalı; koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar artırılmalıdır.
2. Aile hekimliği, halk sağlığı ve diğer birinci basamak disiplinleri arasında sürdürülebilir iş birliği mekanizmaları oluşturulmalıdır.
3. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında sağlığın sosyal belirleyicileri temel yaklaşım olarak benimsenmelidir.
4. Birinci basamakta ekip temelli ve kişi merkezli bakım modeli yaygınlaştırılmalıdır.
5. Sağlık meslekleri eğitiminde disiplinler arası eğitim uygulamaları güçlendirilmelidir.
6. Sağlık bilgi sistemleri birlikte çalışabilir hâle getirilmeli; veri paylaşımı karar vermeyi destekleyen çift yönlü bir yapıya dönüştürülmelidir.
7. Kanser taramaları, bağışıklama, anne-çocuk sağlığı, kronik hastalık izlemleri ve ruh sağlığı hizmetlerinde birinci basamağın koordinasyon kapasitesi artırılmalıdır.
8. Dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak sosyal ve kurumsal mekanizmalar geliştirilmelidir.
9. Dijital sağlık uygulamaları, yapay zekâ destekli karar sistemleri ve yenilikçi teknolojiler birinci basamağın gereksinimlerine uygun biçimde kullanılmalıdır.
10. Sağlık okuryazarlığını geliştiren toplum temelli eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır.
11. Birinci basamakta yürütülen bilimsel araştırmalar ve uygulama araştırmaları desteklenmeli; kanıta dayalı uygulamalar sağlık politikalarının ayrılmaz parçası hâline getirilmelidir.
12. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde sağlık profesyonelleri, akademi, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve toplum temsilcilerinin katılımı sağlanmalıdır.

Sonuç

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yalnızca hastalıkların tedavi edildiği bir hizmet basamağı değil; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını yaşam boyu koruyan ve geliştiren bütüncül bir sistemdir. Bu sistemin başarısı; disiplinler arası iş birliği, toplum katılımı, bilimsel kanıta dayalı uygulamalar ve sağlıkta hakkaniyet ilkeleri üzerine inşa edilecek güçlü bir harmonizasyon anlayışıyla mümkün olacaktır.

