T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

# DOKTORA TEZİ

# TOPLUMUN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN KATKISINA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

**Laden SERİNSU KONUŞUR**

**DANIŞMAN**
**Doç. Dr. Betül SÖNMEZ**

**Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı**

**Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı**

**Nisan, 2025**

# TEZ KABUL VE ONAYI

**Laden SERİNSU KONUŞUR** tarafından, **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ** danışmanlığında hazırlanan **"TOPLUMUN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN KATKISINA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından tarihinde yapılan sınav sonucunda ile başarılı bulunarak olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

| | | İmza | Sonuç |
|---|---|---|---|
| **DANIŞMAN** | Doç. Dr. Betül SÖNMEZ<br>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa<br>Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı | | ☒ Kabul<br>☐ Ret |
| **ÜYE** | Prof. Dr. Ülkü BAYKAL<br>İstanbul Arel Üniversitesi<br>Hemşirelik Bölümü | | ☒ Kabul<br>☐ Ret |
| **ÜYE** | Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM<br>İstanbul Atlas Üniversitesi<br>Hemşirelik Bölümü | | ☒ Kabul<br>☐ Ret |
| **ÜYE** | Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ<br>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa<br>Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı | | ☒ Kabul<br>☐ Ret |
| **ÜYE** | Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU<br>Haliç Üniversitesi<br>Hemşirelik Bölümü | | ☒ Kabul<br>☐ Ret |

# BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Laden SERİNSU KONUŞUR

(İmza)

Kendime ithaf ediyorum…

# BÜTÇE DESTEKLERİ

## TOPLUMUN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN KATKISINA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

# TEŞEKKÜR

Tez çalışmamızın oluşmasından tamamlanmasına kadar geçen süreçte değerli zamanını ayıran, fikirleri ile bana yol gösteren, aynı zamanda manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Zamanlarını ayırarak tezimin jürisine katılan ve tezi geliştirici fikir ve öneriler getiren Sayın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM, Prof. Dr. Ülkü BAYKAL, Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ, Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU'na,

Sonsuz sevgi ve anlayışlılarıyla destek olan eşim Mehmet KONUŞUR, kızlarım Larin KONUŞUR ve Marin KONUŞUR'a

Tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen kız kardeşim Fulden SERİNSU, annem Neşe SERİNSU'ya, babam Rayıf SERİNSU ve anneannem Nermin DAMDELEN'e

Tez çalışmasının ve projenin tüm uygulama aşamalarında destek veren Değirmenlik Belediye Başkanı Sayın Ali KARAVEZİRLER'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmanın sağlık ocaklarında yapılmasına veren, K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi'e,

Araştırmanın kendi bünyelerinde uygulanmasına izin veren değerli sağlık ocağı çalışanlarına, değerli fikirleri ve görüşleriyle katkı koyan dönemin meclis üyesi ve muhtarlarına ve soru formunun uygulaması aşamasında katkı koyan tüm Değirmenlik beldesi halkına, teşekkürlerimi sunarım.

Nisan 2025 Laden SERİNSU KONUŞUR

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No**

**TEZ KABUL VE ONAYI** ..... **ii**
**BEYAN** ..... **iii**
**BÜTÇE DESTEKLERİ** ..... **v**
**TEŞEKKÜR** ..... **vi**
**İÇİNDEKİLER** ..... **vii**
**ŞEKİL LİSTESİ** ..... **xi**
**TABLO LİSTESİ** ..... **xii**
**KISALTMA LİSTESİ** ..... **xv**
**ÖZET** ..... **xvi**
**ABSTRACT** ..... **xviii**
**1. GİRİŞ** ..... **1**
**2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE** ..... **3**
2.1. SAĞLIK KAVRAMI ..... 3
2.2. SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ..... 4
2.2.1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ..... 4
2.3. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ ..... 12
2.4. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE YAŞAM KALİTESİ ..... 14
2.5. ÜLKE ÖRNEKLERLERİYLE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET SUNUMU ..... 16
2.5.1. Kosta Rika ..... 16
2.5.2. Sri Lanka ..... 16
2.5.3. Küba ..... 18
2.5.4. İsveç ..... 19
2.5.5. Kanada ..... 19
2.6. KKTC'DE YÜRÜTÜLEN SAĞLIK HİZMETLERİ ..... 20
2.6.1. 1. Basamak Sağlık Hizmetleri ..... 21
2.6.2. KKTC'de Yerel Yönetim Hizmetleri ..... 22
2.7. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE HEMŞİRELİK ..... 26
**3. YÖNTEM** ..... **28**

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ ..... 29
3.2. ARAŞTIRMA BÖLGESİ PROFİLİ ..... 30
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ..... 31
3.3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması ..... 31
*3.3.1.1. Sosyal Tanılama Formu* ..... 31
*3.3.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)* ..... 31
*3.3.1.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Sağlık Çalışanları* ..... 32
*3.3.1.4. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Yerel Yöneticiler* ..... 32
3.3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması ..... 32
3.3.3. Verilerin Toplanması ..... 36
3.4. VERİ ANALİZİ ..... 37
3.4.1. Nicel Verilerin Analizi ..... 37
3.4.2. Nitel Verilerin Analizi ..... 37
3.5. ETİK KONULAR ..... 39
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILILARI ..... 39
**4. BULGULAR ..... 41**
4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR ..... 41
4.2. YAŞANILAN KONUT İLE İLGİLİ BULGULAR ..... 43
4.3. BESİNLERLE İLGİLİ BULGULAR ..... 44
4.4. ULAŞIMLA İLGİLİ BULGULAR ..... 45
4.5. İNSANLARLA OLAN İLİŞKİLERE İLİŞKİN BULGULAR ..... 45
4.6. SERBEST ZAMANLARI DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ BULGULAR ..... 46
4.7. FİZİKSEL DURUM İLE İLGİLİ BULGULAR ..... 46
4.8. YAŞANILAN BÖLGE İLE İLGİLİ BULGULAR ..... 47
4.9. KATILIMCILARIN SAĞLIK DURUMU İLGİLİ BULGULAR ..... 49
4.10. TOPLUMA YÖNELİK SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR ..... 50
4.11. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERE GÖRE ARAŞTIRMAYA KATILAN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ..... 54
4.11.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 54
4.11.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Çalışma Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 60
4.11.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşanılan Konut Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 63

4.11.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Besinlerle İlgili Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 65
4.11.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Ulaşımla İlgili Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 66
4.11.6. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin İnsanlarla Olan İlişkilerine ilişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 66
4.11.7. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Serbest Zaman Değerlendirmeye ilişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 68
4.11.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Fiziksel Durumlarına ilişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 69
4.11.9. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşanılan Bölgenin Durumuna İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması ..... 73
4.11.10. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Katılan Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Karşılaştırılması ..... 74
4.11.11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Katılan Bireylerin Yaşanılan Bölgede Sunulan Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Durumu ile Karşılaştırılması ..... 77
4.12. NİTEL BULGULAR ..... 78
4.12.1. Yerel Yöneticiler ve Sağlık Çalışanlarının Özellikleri ..... 78
4.12.2. Nitel Verilerden Elde Edilen Temalar ve Alt Temalar ..... 79
4.13. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA OLUŞTURULAN MODEL VE MODELE İLİŞKİN BULGULAR ..... 106
4.13.1. Modelin Oluşturulması ..... 106
4.13.2. Modelin Ön Uygulamasına Yönelik Bulgular ..... 114
**5. TARTIŞMA ..... 122**
5.1. TOPLUMUN SAĞLIK GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI ..... 122
5.1.1. Bölge Halkının Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması ..... 122
5.1.2. Sağlık Çalışanlarının ve Yerel Yöneticilerin Toplumun Sağlık Gereksinimlerine İlişkin Görüşlerinin Tartışılması ..... 128
5.1.3. Yerelde Müdahale Alanları ..... 130
5.2. MODELE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI ..... 133
**6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 137**
**KAYNAKLAR ..... 140**
**EKLER ..... 152**

**İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI ..... 178**
**ETİK KURUL İZİN YAZISI ..... 179**
**KURUM İZNİ YAZILARI ..... 180**
**ÖZGEÇMİŞ ..... 181**

# ŞEKİL LİSTESİ

**Sayfa No**

**Şekil 3.1: Araştırmanın aşamaları. ..... 28**

**Şekil 4.1: Nitel verilerden elde edilen temalar ve alt temalar. ..... 79**

**Şekil 4.13: Faaliyet Akışı…….. 114**

# TABLO LİSTESİ

**Sayfa No**

**Tablo 3.1. Bölge Halkı Katılımcı Sayısı ..... 29**

**Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (N=401) ..... 41**

**Tablo 4.2. Çalışma Özellikleri ile İlgili Bulgular ..... 42**

**Tablo 4.3. Yaşanılan Konutlar ile İlgili Bulgular ..... 44**

**Tablo 4.4. Besinler ile İlgili Bulgular ..... 45**

**Tablo 4.5. Ulaşım ile İlgili Bulgular ..... 45**

**Tablo 4.6. İnsanlarla Olan İlişkiler ile İlgili Bulgular ..... 45**

**Tablo 4.7. Serbest Zamanları Değerlendirme İle İlgili Bulgular ..... 46**

**Tablo 4.8. Fiziksel Durum İle İlgili Bulgular ..... 47**

**Tablo 4.9. Yaşanılan Bölge ile İlgili Bulgular ..... 48**

**Tablo 4.10. Katılımcıların Sağlık Durumu ..... 49**

**Tablo 4.11. Yaşanılan Bölgede Topluma Yönelik Sunulan Sağlık Hizmetleri İle İlgili Bulgular ..... 51**

**Tablo 4.12. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ifadelerinin dağılımı (N=401) ..... 52**

**Tablo 4.13. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular (N=401) ..... 54**

**Tablo 4.14. Yaşanılan Bölge ..... 57**

**Tablo 4.15. Değirmenlik Beldesinde Yaşama Durumu ..... 57**

**Tablo 4.16. Yaş ..... 58**

**Tablo 4.17. Medeni Durum ..... 58**

**Tablo 4.18. Çocuk Varlığı ..... 59**

**Tablo 4.19. Çocuk Sayısı ..... 59**

**Tablo 4.20. Cinsiyet** ..... **59**

**Tablo 4.21. Eğitim** ..... **60**

**Tablo 4.22. Gelir Durumu** ..... **60**

**Tablo 4.23. Çalışma Durumu** ..... **61**

**Tablo 4.24. Çalışma Saati** ..... **62**

**Tablo 4.25. Sağlık Güvencesi Durumu** ..... **62**

**Tablo 4.26. Gelir Algısı** ..... **62**

**Tablo 4.27. Gelirin Yeterli Olma Durumu** ..... **63**

**Tablo 4.28. Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler** ..... **64**

**Tablo 4.29. Yaşanılan Konutun Durumu** ..... **64**

**Tablo 4.30. Konutta Kendine Ait Odanın Olma Durumu** ..... **65**

**Tablo 4.31. Yaşadığı Evde Güvende Hissetme Durumu** ..... **65**

**Tablo 4.32. Sağlıklı Besinlere Ulaşma Durumu** ..... **65**

**Tablo 4.33. Ulaşım Aracı Kullanım Durumu** ..... **66**

**Tablo 4.34. Yakın Arkadaşlarla Düzenli Görüşme** ..... **67**

**İnTablo 4.35. İnsanlarla Bir Arada Olmaktan Hoşnut Olma** ..... **67**

**Tablo 4.36. Aile ile görüşme sıklığı** ..... **67**

**Tablo 4.37. Serbest Zamanlarda Sportif Faaliyet Yapma** ..... **68**

**Tablo 4.38. Serbest Zamanlarda Hobi ile Uğraşma** ..... **69**

**Tablo 4.39. Serbest Zamanlarda Aile/Arkadaş ile Görüşme** ..... **69**

**Tablo 4.40. Serbest Zamanlarda Dinlenmeyi Tercih Etme** ..... **69**

**Tablo 4.41. Stres Hissetme Sıklığı** ..... **71**

**Tablo 4.42. Sigara ve Alkol Kullanma Durumu** ..... **71**

**Tablo 4.43. Fiziksel Aktivite Yapma Durumu** ..... **72**

**Tablo 4.44 Fiziksel Aktivite Sıklığı** ..... **72**

**Tablo 4.45. Güvenli Aktivite Alanı Varlığı** ..... **73**

**Tablo 4.46. Yeterli Yeşil Alan Varlığı** ..... **74**

**Tablo 4.47. Çevre Sağlığı Sıkıntısı Durumu ..... 74**

**Tablo 4.48. Bölgede Güvenli Hissetme Durumu ..... 74**

**Tablo 4.49. Sağlık Hizmetlerine Ulaşımdan Memnuiyet Durumu ..... 76**

**Tablo 4.50. Kronik Hastalık Varlığı ..... 76**

**Tablo 4.51. Sağlık Kontrollerini Yaptırma Durumu ..... 76**

**Tablo 4.52. Tercih Edilen Sağlık Kurumu ..... 77**

**Tablo 4.53. Sağlık Sorunlarında Geleneksel Yöntem Kullanımı ..... 77**

**Tablo 4.54. Sunulan Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Durumu ..... 77**

**Tablo 4.55. Katılımcıların Özellikleri (n=18). ..... 78**

**Tablo 4.56 Sağlık Ocaklarında Sunulan Hizmetler ..... 93**

**Tablo 4.57. Yerel Yönetimin Sunduğu Hizmetler ..... 95**

# KISALTMA LİSTESİ

| Kısaltmalar | Açıklama |
|---|---|
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| SSB | : Sağlığın Sosyal Belirleyicileri |
| SSBK | : Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu |
| KKTC | : Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti |
| TSKB | : Sağlıklı Kentler Birliği |
| WHO | : World Health Organization |

# ÖZET

## DOKTORA TEZİ

### TOPLUMUN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN KATKISINA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

**Laden SERİNSU KONUŞUR**

**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı**

**Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı**

**Danışman: Doç. Dr. Betül SÖNMEZ**

Bu çalışmada, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Lefkoşa ilçesinde bağlı Değirmenlik bölgesindeki toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin, bu bölgede yaşayan halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin görüşleri alınarak belirlenmesi ve belirlenen bu gereksinimler doğrultusunda Değirmenlik Akıncılar Belediyesi tarafından yürütülecek bir model geliştirilmesi ve ön uygulaması yapılarak modelin işleyişinin değerlendirilmesi amaçlandı. Araştırmanın ilk aşaması üç farklı örneklem üzerinde (bölge halkı, sağlık çalışanları ve yerel yöneticiler) gerçekleştirildi. Araştırmanın nicel aşamasının evrenini, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan olan kişiler ($N_{toplam=}$ 11,865). Örneklemini ise burada yaşayan 18 yaş ve üzeri olan 401 kişi (n=401) oluşturdu. Araştırmanın nitel aşamasının evrenini, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerinde hizmet veren üç sağlık ocağında çalışan sağlık çalışanları (N=29) ile yerel yöneticiler (N=11), örneklemini ise 7 sağlık çalışanı ve 11 yerel yönetici olarak toplam 18 kişi oluşturdu (n=18). Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu (N=1,557). Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini "Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Modeli "ne gönüllü olarak başvurup yararlanan altı birey oluşturdu (n=6).

Araştırmanın nicel aşamasında, bölge halkının görüşlerinin belirlenmesinde ise, “Sosyal Tanılama Formu” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanıldı. Bu çalışmanın bölge halkına uygulanması 01/12/2021 – 27/02/2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın nitel aşamasında bireysel derinlemesine görüşmelerde kullanılmak üzere sağlık çalışanları ve yerel yöneticilerle ile yapılan görüşmeleri yapılandırmak ve görüşmelerini ortaya çıkarmak amacıyla her grup için farklı içerikte hazırlanan “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Yerel Yöneticiler” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Sağlık Çalışanları” kullanıldı. Görüşmeler, 02/08/2022-20/09/2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Belirlenen kodlardan aynı anlam ifade eden cümleler arasında ortak yönler bulunarak tema ve alt temalar oluşturuldu. Araştırmanın nicel aşamasında bölgede gereksinim duyulan hizmetlere ilişkin bulguların %67,6’si evde bakım hizmeti olduğu ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında en yüksek ortalamanın sosyal ilişkilerde (0.75±0.17) olduğu ve onu sırasıyla psikolojik sağlık, fiziksel sağlık ve genel sağlığın izlediği belirlendi. Yaşam kalitesini gelir düzeyi ve yaş faktörünün etkilediği bulundu. Nitel aşamada ise yerel yöneticiler ve sağlık çalışanlarının görüşlerinden 3 tema ve 14 alt tema oluşturuldu. Katılımcılar, bölgenin 65 yaş üzeri nüfus popülasyonun çok fazla olduğunu, 65 yaş üzeri nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusa verilecek hizmetlerin geliştirilmesinin önemli hale geldiği ayrıca evde bakım modelinin multidisipliner bir ekiple veya iş birliği içerisinde koordineli olarak yapılması gerektiği ifade edildi. Araştırmanın ikinci aşamasında ilk aşamada belirlenen bölge halkının sağlık gereksinimleri doğrultusunda, yerel yönetimler tarafından yürütülecek “Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Modeli” oluşturuldu. Bireylerin halen hizmetten yararlanmaya devam etmesi nedeniyle, 3 aylık uygulama sonucunda, bireylere verilen hizmetin sonuçlarının ve sağlık düzeylerinin değerlendirilmesi, bireylerin Bakım Bağımlılığı Ölçeği’nden alınan puanlar, sağlık çalışanlarının görüşleri ve memnuniyet puanları üzerinden yapıldı. Toplumun gereksinimleri doğrultusunda geliştirilen, belediyenin sorumluluğunda yürütülecek “Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Modeli”nin örnek bir hizmet modeli olarak 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin daha etkili hale getirilmesi ve bireylerin ve ayrıca ailelerinin refahına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Nisan 2025, 200 sayfa.

**Anahtar kelimeler:** Yerel Yönetim, Sağlık Hizmeti, Evde Bakım, Toplum Sağlığı

# ABSTRACT

## Ph.D. THESIS

### A MODEL PROPOSAL FOR THE CONTRIBUTION OF LOCAL GOVERNMENTS IN MEETING THE HEALTH CARE NEEDS OF THE SOCIETY

**Laden SERİNSU KONUŞUR**

**İstanbul University-Cerrahpaşa**

**Institute of Graduate Studies**

**Department of Management in Nursing**

**Nursing Management**

**Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Betül SÖNMEZ**

The aim of this study was to determine the health care needs in the municipality of Değirmenlik in the Nicosia district of the Turkish Republic of Northern Cyprus by collecting the opinions of the people living in the area, health care professionals and the local administration, and to develop a model to be implemented by the municipality of Değirmenlik Akıncılar in accordance with these needs, and to evaluate the functioning of the model through a preliminary application. The first phase of the research was conducted on three different samples (local people, health workers and local administrators). The population of the quantitative phase of the research was the people living within the borders of Değirmenlik Akıncılar Municipality (Ntotal= 11,865). The sample consisted of 401 people aged 18 years and over (n=401). The population of the qualitative phase of the study consisted of health workers (N=29) and local administrators (N=11) working in three health centers serving within the borders of Değirmenlik Akıncılar Municipality, and the sample consisted of a total of 18 people, 7 health workers and 11 local administrators (n=18). The population of the second phase of the study consisted of individuals aged 65 years and over living within the borders of Değirmenlik Akıncılar Municipality (N=1,557). The sample of the second stage of the study consisted of six individuals who voluntarily applied to and benefited from the “Home Health Care and Social

Support Model" (n=6). In the quantitative phase of the study, the "Social Diagnostic Form" and the "World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHOQOL-BREF) were used to determine the opinions of the people of the region. The implementation of this study to the people of the region was carried out between 01/12/2021 - 27/02/2022. In the qualitative phase of the study, "Semi-Structured Interview Form-Local Administrators" and "Semi-Structured Interview Form-Health Workers" were used to structure the interviews with health workers and local administrators to be used in individual in-depth interviews and to reveal their interviews, with different content for each group. Interviews were conducted between 02/08/2022-20/09/2022. Themes and sub-themes were created by finding commonalities between the sentences that expressed the same meaning from the determined codes. In the quantitative phase of the study, it was determined that 67.6% of the findings related to the services needed in the region were home care services and the highest mean among the quality of life sub-dimensions was found in social relations (0.75±0.17), followed by psychological health, physical health and general health, respectively. Income level and age were found to affect quality of life. In the qualitative phase, 3 themes and 14 sub-themes were formed from the opinions of local administrators and health workers. The participants stated that the region has a very high population over the age of 65, that with the increase in the population over the age of 65, it has become important to improve the services to be provided to this population, and that the home care model should be coordinated with a multidisciplinary team or in cooperation. In the second phase of the research, in line with the health needs of the people of the region identified in the first phase, a "Home Health Care and Social Support Model" was created to be carried out by local governments. Since the individuals were still benefiting from the service, at the end of the 3-month implementation, the evaluation of the results of the service provided to the individuals and their health levels was made on the basis of the scores obtained from the Care Dependency Scale, the opinions of health workers and satisfaction scores. It is thought that the "Home Health Care and Social Support Model" developed in line with the needs of the society and to be carried out under the responsibility of the municipality will improve the health levels of individuals aged 65 and over, make the health services provided more effective and contribute to the welfare of individuals and their families as an exemplary service model.

February 2025, 200 pages.

**Keywords:** Local Government, Health Care, Home Care, Public Health

# 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş yasasında yer alan ve yaygın olarak kullanılan tanıma göre sağlık, "bireylerin sadece sakatlık veya hastalık halinin olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinin olması"dır (World Health Organization, 2020, syf.6). Böylece bireylerin sosyal yönden iyilik haline vurgu yapılmış ve sağlığın kapsamı çok genişletilmiştir. Yaşanan sağlık sorunlarına ortak bir çözüm bulma amacıyla bir araya gelen uluslararası sağlık 220eşitsizliklerin giderilmesine, sağlıklı yaşam sürdürme ve sağlığın geliştirilmesine, önlenebilir ölümlerin kök nedenleriyle mücadele etmeye, bireylerin güçlendirilmesine, sağlıklı yaşam için ortaklıkların sürdürülmesine ayrıca destekleyici çevreler ve politikalar oluşturulmasına işaret etmektedir (Yıldırım, 2014).

2000 yılında 189 ülkenin katılımı ile gerçekleşen Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi'nde sağlık ve sosyal koşulların birbirine bağlı olduğu kabul edilmiştir. Bu zirvede belirlenen hedeflere ülkelerin ulaşmasına önderlik etmek amacıyla Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu oluşturulmuştur (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2005). Bu nedenle pek çok ülke toplum sağlığı hizmetlerini geliştirmek ve politikalarını düzenlemek amacıyla sağlığın belirleyicileri içinde sosyal etmenlerin rolüne ilişkin araştırmalar yapmakta ve girişimler gerçekleştirmektedir (Dereci, 2017).

Sağlığın sosyal belirleyicileri; bireylerin doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamların tamamında sağlık ve hastalık durumu üzerinde etkili olan sosyal etmenleri tanımlar. Bu belirleyiciler; gelir ve toplumsal sınıf, ırk, etnik köken, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, eğitim düzeyi, barınma durumu, yaşanılan mahalle, sosyal çevre, sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişim konularını kapsamaktadır (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2005). Sağlığın sosyal belirleyicilerinin bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde doğrudan etkisi olduğu bilinmekte ve sağlık düzeyinin en önemli ölçütü olarak görülmektedirler. Sağlıkta eşitsizliklerin nedeni olan sosyal belirleyiciler, sağlık çıktılarını şekillendirmektedir. Bu sosyal belirleyicilerin toplumda eşitsiz dağılımı pek çok hastalığın temel nedeni olarak görülmektedir. Sağlık hizmetinin kapsamı, kalitesi ve etkililik düzeylerinin yanında, hastalıkların nedenleri olarak belirtilen sosyal, ekonomik ve politik belirleyicilere yönelik de önlemler alındığında, az bir maliyet ile hastalıkların azalması ve toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi mümkün olabilecektir (Dereci, 2017).

Son yıllarda dünyada sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamında yürütülen toplum sağlığı hizmetlerine ve ayrıca toplumun gereksinimleri belirlenerek oluşturulmuş projelere araştırmacılar ve halk sağlığı çalışanlarının katıldığı görülmektedir. Son yıllarda ülkeler ve yerel düzeyde politika yapıcılar sosyal politika kavramı altında sağlığın sosyal belirleyicilerini merkeze alma eğilimindedir. Yerel yönetimlerin son yıllarda benimsemiş olduğu sosyal politikalar ile refahın sağlanması hedeflenmekte ve sosyal sorunlara çözüm aranmaktadır. Bu doğrultuda, kişinin yaşam standardının ve sosyal refahının iyileştirilmesine odaklanılmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda KKTC'de birçok belediye projeler geliştirmektedir. Yürütülen bu projelere göre, yerel yönetimlerin faaliyetlerinde sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin farkındalığın giderek arttığı söylenebilir. Diğer yandan, KKTC'de yerel yönetimler tarafından sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik sunulan hizmetler son on yılda gündeme gelip politikalar oluşturulmaya başlanmışsa da sağlık ve sosyal bakıma yönelik faaliyetlerin bütüncül olarak ele alınması, tüm bireyleri kapsaması, sonuçlarının değerlendirilmesi ve sürdürülmesi açısından yetersiz kaldığı söylenebilir.

Bu çalışmada, sağlığın sosyal belirleyicilerini sağlığı geliştirmenin ve sosyal politikaların merkezinde sayan görüşlerden yola çıkarak Değirmenlik bölgesindeki toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin bu bölgede yaşayan halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin görüşleri alınarak belirlenmesi ve belirlenen bu gereksinimler doğrultusunda yerel yönetimler tarafından yürütülebilecek bir model geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

# 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

## 2.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramı, insanlık tarihi kadar eski olup 20. yüzyılın ortalarına kadar sadece hastalık, sakatlık ve ölüm gibi belirgin fiziksel durumları içeren dar bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Ancak, sağlık artık yalnızca fiziksel sağlık durumunu değil, aynı zamanda bireylerin yaşamlarını sürdürürken çeşitli yönlerde iyilik hallerini de içeren daha geniş bir kavramdır. Bu, bireylerin sadece fiziksel yetersizliklerden yoksun olmalarını değil, aynı zamanda acı ve sızı hissetmemelerini, ani ölüm riski taşıyan sorunlarla karşılaşmamalarını ve duygusal, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini de kapsar (Ulutürk, 2015).

Sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kuruluş yasasında yer alan ve günümüzde en çok kabul gören tanımına göre, "bireylerin sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik haline sahip olmalarını" ifade eder (World Health Organization, 2020, syf. 6). DSÖ'nün sağlık tanımı, sağlığı sadece hastane, doktor ve tedavi gibi kavramlarla açıklayan biyomedikal modeli, psikolojik ve sosyal bileşenlerinde içine alan sosyal modele çevirebilmeyi amaçlamıştır. Sağlık kavramını geniş bir bakış açısıyla ele alarak, sağlığın sadece bedensel bir durumu değil, aynı zamanda bireylerin duygusal, ruhsal ve sosyal iyi oluşunu da içerdiğini vurgulamaktadır (İleri, 2017). Ayrıca sağlık, bireylerin topluma katılmak için kullanabilecekleri bir biyopsikososyal kaynaktır (Willimson ve Carr, 2009). Yani bireyin sağlığını tek bir bakış açısı ile değerlendirmek yerine, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimini dikkate alan bütüncül bir yaklaşımdır. Bu model, 1977 yılında psikiyatrist George Engel tarafından önerilmiş olup sağlık ve hastalık durumlarının bütüncül bir çerçevede anlaşılmasını amaçlamaktadır (Engel, 1977).

DSÖ'nün tanımından hareketle sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlardan oluşan üç ana bileşene sahiptir. Bu üç boyut, bireyin kendi sağlığına ilişkin subjektif algılarına göre de değişebilir. Ayrıca, bu üç boyutun birbiriyle doğrudan ilişkili olduğunu da belirtmek önemlidir. Fiziksel sağlığın bozulması, ruhsal ve sosyal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Kronik bir fiziksel rahatsızlık veya sakatlık, bireyin sosyal ilişkilerini ve duygusal durumunu olumsuz etkileyebilir. Benzer şekilde, ruhsal sağlık sorunları da fiziksel sağlık üzerinde etkili

olabilir. Örneğin, depresyon veya anksiyete, uyku düzenini etkileyerek fiziksel sağlık üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir. Bu nedenle, sağlık sadece fiziksel bir durumu ifade etmekten çok daha fazlasını içerir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutların bir arada değerlendirilmesi, bireyin tam bir iyilik hali için önemlidir. Bu üç boyut arasındaki denge, bireyin sağlığını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasına ve buna göre uygun müdahalelerin yapılmasına olanak tanımaktadır (Turancı, 2012).

## 2.2. SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### 2.2.1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

İnsanların sağlığını belirleyen ve sağlıklı olmalarını sağlayan veya sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sağlığın ekolojik doğasını gösteren bu faktörler, bireylerin sağlık durumlarını şekillendiren çok katmanlı ve birbirleriyle ilişkili etkenlerden oluşur. DSÖ, bu faktörleri sağlığın sosyal belirleyicileri olarak tanımlamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık sonuçlarını etkileyen ve tıbbi olmayan faktörlerdir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların doğdukları, büyüdükleri, çalıştıkları, yaşadıkları ve yaşlandıkları koşullar ile günlük yaşam koşullarını şekillendiren bir dizi güç ve sistemi içermektedir. Bu güçler ve sistemler arasında ekonomik politikalar ve sistemler, kalkınma gündemleri, sosyal normlar, sosyal politikalar ve siyasi sistemler bulunmaktadır. Bu belirleyicilerin her biri, bireylerin ve toplumların sağlık sonuçları üzerinde önemli etkilere sahiptir. Ayrıca istihdam koşulları, toplumsal dışlanma, dezavantajlı grupların desteklenmesi, toplumsal cinsiyet eşitliği, medeni durum, sağlık sistemleri, küreselleşme, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, kentleşme, cinsiyet gibi konularda sağlığın sosyal belirleyicileri içerisinde değerlendirilmektedir (World Health Organization, 2024). Para, güç ve kaynakların küresel, ulusal ve yerel düzeylere göre dağılımı, sağlık koşullarını ve eşitsizliklerini şekillendiren temel unsurlardır (Chelak ve Chakole, 2023).

Sağlığı etkileyen sosyal faktörler aslında politik mekanizmaların ve bireyin sosyoekonomik durumunun oluşturduğu faktörlerdir. Sosyoekonomik durumun temelinde toplumsal sınıf, etnik grup, cinsiyet, çalışma durumu, gelir durumu ve eğitim düzeyi gibi unsurlar yatmaktadır. Bu unsurlar; maddi koşullar, psikososyal koşullar ve davranışsal koşullar olarak sıralanmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri, bireylerin ve toplulukların sağlık durumlarını etkileyen geniş bir dizi faktörü kapsar. Başlangıçta beslenme, eğitim, istihdam, yaşam ortamı gibi sınırlı sayıda faktör ön planda yer alsa da son zamanlarda yapılan çalışmalarla sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamı önemli ölçüde genişlemiştir. Maddi

koşullar; gelir durumu, barınma ve sağlıklı gıdaya erişim olarak psikososyal koşullar; eğitim, toplumsal sınıf ve meslek ve sosyal destek ağları olarak davranışsal ve psikososyal koşullar; beslenme alışkanlıkları, günlük alışkanlıklar ve aktiviteler ve genetik faktörler olarak sıralanmıştır (Solar ve Irwin, 2010). Daha sonra ise eğitim, barınma ve/veya yaşanılan çevre, gelir dağılımı, stres, erken yaşam, sosyal dışlanma, iş, işsizlik, sosyal destek, bağımlılık, yemek, ulaşım, sağlık sistemi, cinsiyet, cinsel yönelim, sosyal güvenlik ağı, kültür veya sosyal normlar, ayrımcılık gibi bir dizi faktörü de içine almıştır (Islam, 2019).

#### *2.2.1.1. Sosyoekonomik belirleyiciler*

##### *Ekonomik koşullar*

Ekonomik koşullar risk faktörlerine maruz kalma ve sağlığı geliştirme açısından bireyleri etkilemekte ve eşitsizliklere neden olmaktadır. Ekonomik koşullar, bireylerin sağlıklı yaşam durumunu doğrudan etkileyen temel unsurlardır. Bu unsurlar, bireylerin sağlıklı yaşam sürdürebilme kapasitelerini belirler ve toplum içindeki sağlık eşitsizliklerinin temel kaynaklarını oluşturur. Ekonomik koşullar, bireylerin sağlıklarını geliştirme kapasiteleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olup sağlık hizmetlerine erişimi, sağlıklı yaşam koşullarını ve genel yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Öngören, 2020). Sosyoekonomik belirleyiciler arasında eğitim, gelir durumu, meslek ve yaşanılan yer sayılmaktadır. Bireyler stresli ortamlar, düşük sosyoekonomik koşullar içinde yaşadıkları zaman fizyolojik olarak da etkilenmekte ve uzun vadede bozulan sağlık durumları nedeniyle hastalıklar ortaya çıkmakta ve sağlıklı yaşam dönemlerine sahip olmaları mümkün olmamaktadır. Bu durum, sosyoekonomik faktörlerin bireylerin sağlık durumunu nasıl doğrudan etkilediğini ve uzun vadeli sağlık sonuçlarına nasıl yol açtığını göstermektedir. Ekonomik olarak dezavantajlı gruplar, uzun süreli sağlıklı yaşam sürdürmeyebilmekte ve bu durumda obezite, hipertansiyon iskemik kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (İleri, 2017).

Küresel düzeyde, ülkeler arasındaki ekonomik eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine erişimde büyük farklılıklara yol açar. Yüksek gelirli ülkeler, genellikle daha gelişmiş sağlık sistemlerine ve kaynaklara sahiptir, bu da halklarının daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olmasını sağlar. Buna karşın, düşük gelirli ülkeler, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık altyapısı açısından ciddi kısıtlamalarla karşı karşıya kalır. Bu ülkelerde, bulaşıcı hastalıklar ve yetersiz beslenme gibi sağlık sorunları daha yaygındır (World Health Organization, 2008).

Gelir düzeyi, bireylerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için gerekli olan sağlıklı gıdalara, güvenli konutlara ve sağlık hizmetlerine erişimlerini belirler. Düşük gelirli bireyler,

bu temel ihtiyaçlara erişim konusunda zorluklar yaşayabilmektedirler. Daha iyi gelir düzeyi daha iyi sağlık çıktıları ile doğrudan ilişkilidir. Gelir düzeyi, toplumsal katılımlı aktiviteler, serbest zaman aktiviteleri ve hobilere katılım ile benlik algısını güçlendirmektedir. Ayrıca kaliteli sağlık bakımı ile doğrudan ilişkilidir (Solar ve Irwin, 2010).

Gelir, sosyal sınıfın en önemli belirleyicilerinden biridir ve bireylerin varlıklarını ve üretici güçlerini kontrol etmelerini sağlar. Bu kontrol, bireylerin yaşam standartları üzerinde ciddi bir etki yapar. Gelir düzeyi, bireylerin sahip olduğu maddi ve manevi kaynakları, sağlık durumlarını, eğitim olanaklarını, sosyal bağlantılarını ve genel yaşam kalitelerini doğrudan etkiler (Braveman ve Gottlieb, 2014).

McKeown'un çalışmaları, sağlık sonuçlarının ekonomik ve sosyal koşullardaki iyileşme ile nasıl değiştiğini de gözler önüne sermiştir (Mckeown, 2014). Yüksek gelir gruplarındaki bireylerin, düşük gelir gruplarına kıyasla daha düşük ölüm oranlarına ve daha uzun yaşam beklentisine sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişim, beslenme, barınma ve genel yaşam koşulları gibi faktörlerin önemini vurgulamaktadır. (Braveman ve Gottlieb, 2014).

***Eğitim***

Eğitim, sağlığın sosyal olarak tanımlanmasında kritik bir rol oynar ve sosyoekonomik statünün en temel belirleyicilerinden biridir. Eğitim, bireylerin bilgiye, sağlık hizmetlerine ve sağlıklı yaşam tarzlarına erişimini kolaylaştırarak sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkiler. Bu nedenle, Michael Marmot, sağlık ve statü kavramlarının eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir. Marmot'a göre, eğitim düzeyi daha yüksek olan gelişmiş ülkelerde hastalık ve ölüm nedenleri, eğitim düzeyi daha düşük olan ülkelere kıyasla farklılık göstermektedir (Marmot, 2005).

Eğitimli bireylerin, sanitasyon kurallarına uyum sağlama konusunda daha iyi oldukları bilinmektedir. Temel hijyen kuralları ve el yıkama alışkanlıkları, güvenli içme suyuna erişim, atık yönetimi gibi konularda bilinçli olmak hem ishalli hastalıkların önlenmesinde hem de malnütrisyona sebep olan paraziter hastalıkların görülmesi konusunda önemli rol oynar (Öngören, 2020). Eğitim durumu bireyin sosyoekonomik durumunu, mesleğini, istihdamını ve sosyal statüsünü belirleyen güçlü bir belirleyicidir.

Bireylerin eğitim düzeyleri, meslek, istihdam ve gelir düzeyi ile pozitif ilişkilidir. Yüksek eğitimli kişiler nitelikli meslekler seçmekte, prestijli işlerde çalışmakta, iyi gelir düzeyine sahip olmakta ve toplumda saygın bir sosyal statüleri olmaktadır. Dolayısıyla insanların eğitim düzeyi arttıkça toplumsal koşullara uyum sağlayabilme kapasiteleri

artmaktadır. (Ayaz, 2008). Eğitim, kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarının da önemli bir belirleyicisidir (Mckeown, 2014).

***Meslek***

Meslek, sosyoekonomik durumun önemli bir göstergesi olup toplumdaki genel hiyerarşik sıralamayı yansıtmaktadır. Sosyoekonomik durumu belirleyen temel niteliklerden biri olan meslek, bireyin toplumsal sınıfını, üretimden ve tüketimden aldığı payı, statüsünü ve gücünü belirlemektedir. Ayrıca meslek, bireyin gelir düzeyini ve buna bağlı olarak maddi kaynaklarını sağladığından satın alma gücünü ve yaşam standartlarını da etkilemektedir. Bu faktörler, bireyin sağlıkla ilgili davranış ve anlayışlarını şekillendirmektedir (Öngören, 2020).

***Çalışma koşulları***

İş sahibi olmak fiziksel ya da zihinsel sağlığı korumak için yeterli olmamaktadır. Sağlık için bir işe sahip olmak kadar o işin koşulları ve kalitesi de önemlidir. Bireyin çalıştığı işin koşulları, sağlık üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Maaş, sağlık sigortası, ücretli izin, çalışma esnekliği, işyeri sağlık programları, çocuk ve yaşlı bakımı kaynakları, iş güvencesi, emeklilik hakları gibi istihdam şartları yararlanılacak sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilemektedir (Artacoz ve diğ., 2005).

Geçici veya düzensiz işlerde çalışan bireylerin, sürekli işlerde çalışanlara göre daha yüksek ölüm oranlarına sahip olduğu ve bu durum daha fazla risk faktörüne maruz kalmalarından kaynaklanmaktadır. Düzensiz çalışma saatleri, stres, iş kazaları ve yetersiz sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörler, ölüm oranlarının artmasına katkıda bulunmaktadır (Kivimäki ve diğ., 2003). Sık sık iş değişimi yaşayan kişilerde daha fazla sigara ve alkol tüketimi gözlemlenmektedir. İş güvencesizliği ve geçici işlerde çalışmanın getirdiği stres, bireylerin sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklara yönelmelerine neden olabilmektedir (Virtanen ve diğ., 2005). İş güvencesizliği, ruhsal sağlık üzerinde de ciddi olumsuz etkilere sahiptir. Geçici işlerde çalışan bireylerde depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal sağlık sorunlarının görülme sıklığı daha yüksektir (Kim ve diğ., 2012).

***2.2.1.2. Yaşanılan çevre***

İnsan sağlığı ve yaşanılan çevre arasındaki etkileşimler, insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Hava, su ve toprak kirliliği, solunum yolu hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyonlar gibi ciddi hastalıklara yol açarak sağlığı doğrudan, iklim değişikliği ve biyoçeşitliliğin değişmesi gibi ekosistemlerin dengesini bozarak gıda güvenliği ve su kaynakları gibi temel yaşam unsurlarını tehdit ederek dolaylı yoldan etkilemektedir (Kyriaki ve Phoebe, 2009).

DSÖ, her yıl dünya genelinde 12,6 milyon ölümün önlenebilir çevresel nedenlere bağlı olduğunu tahmin etmektedir. DSÖ'nün 2016 yılında yayımladığı "Sağlıklı Çevreler Aracılığıyla Hastalıkların Önlenmesi, Çevresel Risklerden Kaynaklanan Hastalık Yükünün Küresel Yönden Değerlendirilmesi" Raporuna göre; hava, su ve toprak kirliliği, kimyasallara maruz kalma, iklim değişikliği ve ultraviyole radyasyon gibi çevresel risk faktörleri, yüzden fazla hastalık ve sakatlığa katkıda bulunmaktadır. Bu rapor, hastalık yükünün %22'sinin (ölüm ve engellilik nedeniyle kaybedilen yaşam yılları) ve tüm ölümlerin %23'ünün değiştirilebilir çevresel faktörlere bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde hastalıkların çevresel yükünün, gelişmiş ülkelere göre 15 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Prüss-Ustün ve diğ., 2016)

Kentsel yaşam insan sağlığı üzerinde çevre sağlığı yönünden olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu olumsuzluklar arasında uygunsuz yapılar, endüstriyel alanların parklara yakınlığı ve yeşil alanların ve parkların eksikliği yer almaktadır. Kentsel alanlarda yaşayanlar yüksek düzeyde hava kirliliğine maruz kalmakta bu durumda kardiyovasküler ve solunum yolu hastalığı riskleri anlamına gelmektedir. Ayrıca, eski ve sağlıksız binalar nem, haşere ve küf gibi zararlı unsurları barındırmaktadır. Bu gibi, kalabalık ve sağlıksız konut koşullarında yaşayan insanların astım ve alerji hastalıklarına yakalanma riskleri daha fazladır. Artan otomobil kullanımı, hava kirliliğinin oranını artırmakta ve sera gazı emisyonlarını yükseltmektedir. Kentlerde otomobil kullanımını kolaylaştırmak için yapılan arazi kullanımı değişiklikleri, motorsuz seyahati tercih eden yayaların ve bisiklet kullanıcılarının güvenliğini azaltmaktadır. Motorsuz seyahatin azalması, fiziksel hareketsizliğe sebep olmakta ve bu durumda obezite, kalp hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olamayan ve önlenebilir hastalıkların riskini artırmaktadır (Şahin, 2018).

Yapılan araştırmalara göre, evdeki oda sayısının artması ve yaşam koşullarının iyileşmesi, bireylerin kendilerini daha rahat ve güvende hissetmelerine yardımcı olabilir. Bu durum, aile ve arkadaşlarla daha kaliteli zaman geçirmeyi teşvik ederek sosyal destek puanlarını artırır. Daha geniş ve daha iyi yaşam koşullarına sahip evler, bireylerin stres seviyelerini azaltarak genel sağlık durumlarını iyileştirebilir (Şatıroğlu ve Güldallı, 2025). Hanede yaşayan birey sayısının artması, yaşam alanının daralmasına ve bireylerin özel alanlarının azalmasına neden olabilir. Bu durum, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamayı zorlaştırabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir. Bununla birlikte, sosyal destek, bireylerin sağlığını doğrudan etkileyen önemli bir unsurdur. Aile ve arkadaş desteği, bireylerin stresle başa çıkma

kapasitelerini artırır ve genel sağlık durumlarını iyileştirir. Sosyal destek eksikliği, depresyon, anksiyete ve diğer psikolojik sorunların artmasına neden olabilir (Koçoğlu ve Akın, 2009).

#### *2.2.1.3. Göç*

Göç, bireylerin veya grupların yaşadıkları yerden ayrılıp yeni bir yerde yaşamaya başlamalarını ifade eder ve bu süreç birçok farklı faktörün etkisi altında gerçekleşir. Bunlar, göç alan bölgedeki sağlık alt yapısının yetersiz olması, ekonomik koşulların yetersizliği, buna bağlı olarak kötü beslenme ve yetersiz hijyen, dil sorunları, sosyal destek ağlarının yetersizliği, ayrımcılık gibi faktörlerdir. Bu faktörlerin etkisi altında kalan bireylerde görülen psikolojik ve sosyal stres, sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Barış ve Erkal, 2009; Gümüş ve Bilgili, 2015).

Yetersiz ekonomik koşullara bağlı kızamık, ishalli hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar daha sık görülmektedir. Yetersiz ekonomik koşullar nedeniyle beslenme sorunları, hijyenik olmayan ortamlarda yaşam sürmesine sebep olmaktadır. Kültürel farklılıklar ve dil sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşım ve kaliteli bakım almak konusunda sıkıntılar yaşamaktadırlar. Sağlık sorunları ertelenmekte ve çözülmeyen sağlık sorunları kronikleşmekte veya erken ölümlere sebep olmaktadır (Gökkaya, 2009; Mccann ve diğ., 2010)

#### *2.2.1.4. Biyolojik ve genetik faktörler*

Biyolojik ve genetik belirleyicileri; yaş, cinsiyet, ailesel yatkınlık ve kalıtımsal hastalıklar oluşturmaktadır. Biyolojik olarak yaş ve cinsiyet bireyin sağlık durumu etkilemede önemli bir role sahiptir. Yaşın ilerlemesi ile bireylerin sağlık durumu kötüleşmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir. Yaşlı bireylerde meydana gelen fizyolojik değişimlerle beraber, kronik hastalık görülme sıklığı, komorbid ilaç kullanımını ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken desteğe ihtiyaç duyma ve bağımlılık riski artmaktadır. Bakıma olan ihtiyacı artan yaşlı bireylerin huzurevi veya bakımevi gibi kurumlarda veya kendi evlerinde bakım görmeleri söz konusu olabilmektedir (Akın, 2006). Ancak kurumsal bakımın yüksek maliyeti ve yaşlı bireyi sosyal ortamından soyutlaması nedeniyle yaşlının olabildiğince kendi evinde ve kendi yakın çevresinde kalmasını sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması önemlidir. Ülkelerin yaşlı nüfusa yönelik hizmet sunumuyla ilgili politikalarını; ihtiyaçlarına, sosyoekonomik düzeylerine, toplumdaki yaşlı nüfus oranına, sağlık ve sosyal sorunlarına ve kültürel değerleri gibi pek çok faktöre uygun olarak şekillendirmesi gerekmektedir (Oğlak, 2011).

Sosyal belirleyici olarak cinsiyet, kadınlar üzerinde erkeklere göre daha olumsuz etkiler yaratmaktadır. Ekonomik, kültürel ve sosyal engeller, çalışma koşulları ve üreme sağlığı konularındaki eşitsizlikler, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ve genel sağlık durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların üreme sağlığı konusundaki eşitsizlikler, sağlıklarını ciddi şekilde etkilemekte bu sebeple kadınlar yeterli üreme sağlığı hizmetlerine erişememektedir. Bu durum, anne ve çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta özellikle gebelik ve doğum sürecinde yeterli sağlık hizmeti alamayan kadınlar, ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedir (World Health Organization, 2024).

Genetik faktörler, bireylerin belirli hastalıklara yatkınlıklarını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Ancak bu yatkınlıklar, çevresel faktörler ve bireyin yaşam tarzı ile etkileşime girmektedir. Belirli bir genetik yapıya sahip olmak, kişinin belirli hastalıklara yakalanma riskini artırabilmektedir. Örneğin; kardiyovasküler hastalıklara yatkınlığını bilen kişinin diyet, egzersiz ve diğer yaşam tarzı faktörlerini şekillendirebilmekte ve hastalıklara yakalanma riskini azaltabilmektedir (Rappaport, 2011; Topol, 2014).

#### *2.2.1.5. Davranışsal Faktörler*

Bireyin doğduğu veya büyüdüğü kültür, gelenekler, inançlar ve değerler, internet, sosyal medya ve mobil iletişim araçları gibi faktörler, yaşadığı coğrafi bölge, iklim, doğal kaynaklar ve çevresel koşullar, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek ve sosyal statü gibi faktörler, ailesi, arkadaşları ve diğer sosyal çevresi, günlük rutinler, alışkanlıklar, hobiler ve aktiviteler, bu unsurlar bir araya geldiğinde bireyin yaşam biçiminin yapısını oluşturur ve kişinin kimliğini, davranışlarını ve tercihlerini belirler. Davranışsal faktörler, sağlık ve hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyen önemli belirleyicilerdir. Aynı zamanda, fiziksel ve sosyal çevreye ait faktörlerle etkileşime girerek dolaylı yollardan da sağlık ve hastalığı belirlemektedirler. Ayrıca sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde daha fazla görülen sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, kötü beslenme alışkanlıkları da sağlığı etkileyen davranışsal nedenler arasında sayılmaktadır (Yardım, 2010; Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Davranışsal faktörler, fiziksel çevre ile etkileşim halinde sağlığı etkilemektedir. Örneğin, güvenli ve erişilebilir yürüyüş yolları, parklar ve spor tesisleri, bireyleri daha fazla fiziksel aktivite yapmaya teşvik edebilmektedir. Buna karşılık, sağlıksız yaşam koşulları, yetersiz konut, hava ve su kirliliği gibi olumsuz çevresel faktörler hastalık riskini artırabilmektedir (Prüss-Ustün ve diğ., 2016)

Kardiyovasküler sistem hastalıkları, dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Bu hastalıkların gelişiminde birçok davranışsal risk faktörü rol oynamaktadır. Risk

faktörleri arasında tütün kullanımı, sedanter yaşam biçimi, yüksek serum kolesterol düzeyi, obezite, diabetes mellitus ve hipertansiyon bulunmaktadır (Prüss-Ustün ve diğ., 2016). Bu risk faktörlerine yönelik davranışsal faktörler ise aşırı yağlı, tuzlu ve yüksek kalorili diyet, fiziksel hareketsizlik ve sigara kullanımı sayılabilmektedir. Bu risk faktörlerinin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak için fiziksel yönden aktif bir yaşam tarzını ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimsemek gerekmektedir (World Health Organization, 2007). Toplumun sağlığını iyileştirmek ve hastalık yükünü azaltmak amacıyla davranışsal değişikliklerin teşvik edilmesi için yerel ve ulusal politika düzenleyicilere büyük görev düşmektedir. Bireylerin ve toplulukların sağlığını geliştirmek amacıyla davranış değişikliklerini teşvik etmek için bütüncül bir yaklaşım ve sektörler arası iş birliği gerekmektedir (Pala, 2018).

#### *2.2.1.6. Ulaşım ve Sağlık*

Ulaşım araçlarının yoğun kullanımı, hava kirliliği, trafik kazaları ve gürültü kirliliği gibi faktörlere bağlı olarak sağlık sorunlarına neden olabilir. Özellikle fosil yakıtlı karayolu araçlarının yaygın kullanımı, hava kirliliği ve solunum yolu hastalıklarının başlıca nedenlerindendir. Yoğun trafik ve uzun süreli ulaşım zamanları, stres düzeylerini artırarak ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Gürültü kirliliği, özellikle yüksek yoğunluklu trafik bölgelerinde yaşayan bireylerde uyku bozukluklarına ve anksiyeteye yol açabilir. Ulaşımın yetersiz olduğu bölgelerde yaşayan bireyler, sosyal izolasyon riskiyle karşı karşıya kalabilirler (Gerçek, 2019). Ulaşımda bisiklet kullanımının ve yürümenin teşvik edilmesi sağlığı pozitif bir etkilemektedir. Bu tür aktiviteler, fiziksel aktivite seviyelerini artırarak kardiyovasküler sağlığı iyileştirmekte, obezite riskini azaltmakta ve genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilemektedir (World Health Organization, 2019).

#### *2.2.1.7. Sağlık Hizmetleri Sunumu*

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan birey ve toplum sağlığını korumak, iyileştirmek ve devamlılığını sağlamaktır (Kayral, 2014). Bu nedenle, ülke genelinde sunulan sağlık hizmetleri büyük önem arz etmektedir. Bu hizmetlerin nicelik ve niteliğinin yanı sıra hizmetlere erişim ve erişimde hakkaniyet de oldukça önemlidir (Marşap, 2010).

Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine zamanında ulaşabilme kapasitesini ifade etmektedir. Bin kişiye düşen hekim sayısı, bu erişilebilirliğin bir ölçüsü olarak kullanılmakta ve sağlık hizmetlerinin dağılımında önemli bir rol oynamaktadır (Park ve Nam, 2019).

Yapılan çalışmalar, sağlık hizmetlerine erişim ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu, gelir düzeyi düşük ve sağlık sigortası olmayan hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde sıkıntı yaşadığını ortaya koymaktadır (Karanikolos ve Kentikelenis, 2016; Assari ve Hani, 2018). Sağlık hizmetlerine erişim, bireysel ve sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra sağlık kurumlarının ve sağlık sisteminin yapısal özelliklerinden de büyük ölçüde etkilenmekte, sağlık kurumlarının sayısı, konumları, türleri, hizmet sunum şekilleri ve kalitesi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişebilme durumunu belirleyen temel yapısal faktörler arasında sayılmaktadır (MacKinney ve diğ., 2014).

Avrupa ülkelerinde karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının nedenleri arasında ekonomik nedenler ve bireysel özellikler önemli bir yer tutmakta olup sağlık kurumlarının konumları, ulaşım zorlukları, bekleme süreleri ve sağlık kurumları ile ilgili algı ve bilgiler gibi yapısal faktörler de bu ihtiyaçların karşılanamamasında etkili olmaktadır (Chaupain-Guillot ve Guillot, 2014).Türkiye'de yapılan bir çalışmada da, karşılanamayan sağlık ihtiyaçları düzeyinin %13,2 olduğu ve kadınlarda daha çok olmakla beraber düşük eğitim ve gelir düzeyindeki hastalarda karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Yetim ve Çelik, 2020).

## 2.3. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

Rudolf Wirchow, 19. yüzyılda, hastalıkların toplumsal kökenlerine dikkat çekilmesi gerektiğini ayrıca sağlık ve hastalık arasındaki ilişkinin sadece tıbbi faktörlerle sınırlı olmadığını ilk kez vurgulayarak önemli bir adım atmıştır. Wirchow'un çalışmaları, hastalıkların sadece bireysel genetik veya tıbbi faktörlerle değil aynı zamanda toplumsal, ekonomik ve çevresel faktörlerle de ilişkili olduğunu göstermiştir (Puska, 2007).

1978 yılında yayımlanan Alma-Ata Deklarasyonu, sağlığı toplumsal ve ekonomik bir mesele olarak ele almakta ve sektörler arası iş birliğini savunmaktadır. Ardından, 1986 yılında Birinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Ottawa Sağlığın Geliştirilmesi Sözleşmesi'nde de sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik politikalara verilen önem vurgulanmıştır. Ottawa Şartı, sağlık kavramının genişletilmesi ve sağlık politikalarının yalnızca sağlık sektörüne değil, tüm toplumsal politikaların bütünleşmiş bir parçası haline getirilmesi gerektiği ve sağlık için sosyal belirleyicilerin önemini ve bu belirleyicilerle ilgili politikalara odaklanmanın gerekliliği fikrini savunmaktadır (Solar ve İrwin, 2010).

1988 yılında düzenlenen İkinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nın Sağlıklı Kamu Politikası Üzerine Adelaide Tavsiyeleri'nde sağlıktaki eşitsizliklerin toplumsal eşitsizliklerden kaynaklandığı, hükümetlerin sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak ve toplum sağlığını

iyileştirmek amacıyla ekonomik ve sosyal politikalar geliştirmesi, sağlık sektörünün yanı sıra, eğitim, sosyal hizmetler, istihdam ve çevre gibi diğer sektörlerin işbirliği yapması, bireylerin ve toplulukların sağlıklarını etkileyen karar süreçlerine aktif katılmaları gerektiğini savunmaktadır (World Health Organization, 1988). 1991 yılında düzenlenen Üçüncü Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda ise sağlığı destekleyici ortamların yaratılmasında tüm sektörlerin, ulusal ve uluslararası tüm hükümet ve sivil toplum örgütlerinin bir araya gelmesi ve harekete geçmesi gerekliliği vurgulanmıştır (World Health Organization, 1991).

Jakarta'da 1997 yılında gerçekleştirilen Dördüncü Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda yayımlanan "21. Yüzyılda Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Jakarta Deklarasyonu'nda, sağlığın geliştirilmesi için bir dizi önemli stratejik hedef ve öncelik belirlenmiştir. Bu hedefler, sağlık için sosyal sorumlulukların teşvik edilmesi, sağlığın geliştirilmesi için yatırımların artırılması, sağlık için ortaklıkların pekiştirilmesi ve genişletilmesi, toplumun kapasitesinin artırılması, bireyin güçlendirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi için altyapının sağlanması olarak sıralanabilmektedir (World Health Organization, 1997).

Meksika'da 2000 yılında gerçekleştirilen Beşinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda yayımlanan "Sağlığın Geliştirilmesi için Bakanlık Beyanı: Fikirlerden Eyleme" belgesi, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili politikaları yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde temel bir öncelik haline getirmeyi amaçlamıştır. Bu beyan, sağlığın geliştirilmesinde temel prensipleri vurgularken, aynı zamanda Birleşmiş Milletler (BM) kurumlarının kalkınma gündemlerinin sağlığa etkilerinden sorumlu olduğunu savunmaktadır (World Health Organization, 2000). Bangkok'ta 2005 yılında gerçekleştirilen Altıncı Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sonunda, "Küreselleşen Dünyada Sağlığın Geliştirilmesi İçin Bangkok Sözleşmesi" hazırlanmıştır. Bu sözleşme, 1986 yılında kabul edilen Ottawa Sözleşmesi'ndeki stratejileri güçlendirerek, 21. yüzyılın gereksinimlerine göre güncellemiştir (World Health Organization, 2005).

DSÖ'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, 2008 yılında yayımladığı "Bir Nesildeki Farkı Kapatmak: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Üzerine Eylem Yoluyla Sağlık Eşitliği" raporunda, ülkeler içindeki sosyal dezavantajların sağlık eşitsizliklerine yol açtığını ve bu eşitsizliklerin önlenebilir olduğunu destekleyen birçok veri sunmuştur. Raporda, insanların doğdukları, büyüdükleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşulların sağlık üzerindeki etkileri ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Sağlık eşitsizliklerinin insanların doğdukları, yaşadıkları,

büyüdükleri, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşullardan kaynaklanan sosyal dezavantajlardan kaynaklandığını, insanların nasıl ve hangi şartlarda yaşayacakları, potansiyellerini gerçekleştirip gerçekleştiremeyecekleri ve nasıl ölecekleri üzerinde siyasi, sosyal ve ekonomik faktörlerin doğrudan etkisinin olduğunu, sağlık eşitsizliklerini gidermek için sosyal ve ekonomik politikaların uygulanması gerektiği ve eğitim ve gelir düzeyinin sağlık üzerinde büyük bir etkisi olduğu vurgulanmıştır (World Health Organization, 2008).

Nairobi'de 2009 yılında gerçekleştirilen Yedinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı "Sağlık ve Kalkınmayı Teşvik Etmek: Uygulamadaki Farkı Kapatmak" başlığıyla gerçekleştirilmiştir. 2008 küresel ekonomik krizi ile sağlık ve kalkınma hedeflerinin eşi görülmemiş tehditlerle karşı karşıya olduğu vurgulanmıştır. Ekonomik krizin genel olarak ulusal ekonomiler ve özellikle sağlık sistemleri üzerinde büyük baskı oluşturduğuna dikkat çekilmiştir (World Health Organization, 2009). 2017 yılında da "Tüm Politikalarda Sağlık Adelaide Bildirisi II" adıyla ikinci bir uluslararası toplantı düzenlenmiştir. Adelaide Bildirileri, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yoğunlaşarak, sağlığın politik bir tercih olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, tüm sektörlerde politika geliştirme süreçlerinde sağlık ve iyilik halinin kilit bir bileşen olarak ele alınması gerektiği savunulmaktadır (World Health Organization, 2009).

## 2.4. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE YAŞAM KALİTESİ

Sağlıkta eşitsizlik, sağlığı etkileyen sosyal faktörlerin ve sağlık sistemindeki önlenebilir yetersizliklerin etkisiyle bireyin veya toplumun sağlığında meydana gelen bozulmalar olarak tanımlanmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012). Bu eşitsizlikler, toplumun farklı kesimlerinde, sağlığın dağılımında belirgin farklılıklara yol açmakta ve genel olarak sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta eşitsizliklere neden olan sorunların tanımlanma aşaması kritik önem taşımaktadır çünkü sorunun tanımı içinde çözüm yollarını da içermektedir (Yoloğlu ve diğ., 2020). Eğitim, yapılan işi ve gelir düzeyini belirleyerek, kişinin bilgi ve beceri düzeyini artırarak, sağlıklı yaşam mesajlarını daha kolay almasını sağlayarak ve sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak sağlığı etkilemektedir (Solar ve İrwin, 2010).

Eğitimden sonra sağlık eşitsizliklerini ortaya koymada kullanılan diğer önemli bir değişken ise gelir düzeyidir. Sağlıklı gıda, temiz yaşam koşullarına ulaşım gibi nitelikli mallara ve kapsamlı sağlık güvencesi sayesinde nitelikli hizmetlere ulaşımı kolaylaşmaktadır. Gelir düzeyi yüksek bireyler için güvenli konut ve sağlıklı gıda ile kapsamlı sağlık hizmetlerine ulaşmak daha da kolaylaşmaktadır (Solar ve İrwin, 2010, Şimşek ve Kılıç, 2012). Meslek de

bireylerin toplum içindeki yerini, gelir düzeyini, teknik beceri ve yeterliliklerini, çalışma ortamında karşılaşacağı kaza ve riskleri belirleyen önemli bir eşitsizlik nedenidir (Solar ve İrwin, 2010, Şimşek ve Kılıç, 2012).

Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkilerinin kadın, çocuk ve yaşlı gibi risk gruplarında daha belirgin olduğu belirlenmiştir. Yaş aralığı 18-29 yaş olan, cinsiyeti kadın, ilköğretim mezunu, medeni durumu dul olan, köyde doğan, köyde yaşayan, kiracı olan, 5-7 kişilik ailede yaşayan, 2-3 odalı evde yaşayan, aylık gelir 0-4501 TL arasında olan ve sağlık güvencesi olmayanların sağlıklı yaşam biçimi puanının en düşük olduğu belirlenmiştir. Yaş aralığı 54-65 olan, cinsiyeti kadın, ilköğretim mezunu, medeni durumu dul, köyde doğan, köyde yaşayan, 5-7 kişilik ailelerde yaşayan, 2-3 odalı evde yaşayan, aylık geliri 0-450 TL aylık geliri olanların ve sağlık güvencesi olmayanların yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel sağlık bileşenleri ve ruhsal sağlık bileşenleri puanının en düşük olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik durumu tanımlayan her değişken için olumsuz özellikte olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösterme açısından da olumsuz özelliklere sahip olduğu görülmüştür (Koçoğlu ve Akın, 2009). Dezavantajlı grupların hem hastalıklarını daha ağır geçirdiği hem de kronik hastalık ve sakatlıklara daha erken yaşta yakalanma risklerinin olduğu belirtilmektedir (Tüzün, 2014).

DSÖ, yaşam kalitesini, bireylerin yaşamlarındaki durumlarını içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları olarak tanımlamaktadır (Skevington, 2004). Yaşam kalitesinin, umutlar, beklentiler ve hedefler ile günlük yaşamı devam ettirirken duyulan memnuniyetle ilişkili olduğu da bilinmektedir. Yaşam kalitesinin incelendiği ile ilgili yapılan bir çalışmada (Koçoğlu ve Akın, 2009), yaşam kalitesinin fiziksel bileşenleri üzerinde yaşanılan mahalle, hanede yaşayan kişi sayısı ve aylık gelirin etkili olduğu görülmüştür. Mental bileşenler üzerinde ise cinsiyet, doğum yeri, yaşanılan mahalle, sağlık güvencesi, algılanan ekonomik durumun ve aylık gelirin etkili olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesini etkileyen belirleyicilerin arasında benzerlik olduğu saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin ele alınmasının yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyeceği belirlenmiştir (Koçoğlu ve Akın, 2009). Yapılan başka bir çalışmada (Bilir, 2005) ise yaşam kalitesinde yaşla birlikte azalma görüldüğü bulunmuştur.

## 2.5. ÜLKE ÖRNEKLERLERİYLE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET SUNUMU

### 2.5.1. Kosta Rika

Kosta Rika'da 1971 yılında çıkarılan bir kanunla tıbbi bakım hizmetleri ve hastanede yatış tüm halk için sosyal sigorta kapsamına alınmıştır. Bu doğrultuda, gelir düzeyine bakılmaksızın tüm işçiler, devlet kaynakları ve Kosta Rika Sosyal Sigorta Fonu aracılığıyla sosyal sigorta yardımlarından yararlanabilmiştir. Fon, milli dayanışma ve yoksulluk yardımı ilkelerini temel alan politika araçlarından biri olmuş, geniş çaplı sağlık girişimlerini hayata geçirmiştir. Örneğin, kızamık ve difteri gibi hastalıklarla mücadele için aşı kampanyaları yoğunlaştırılmış, özellikle kırsal kesimlerde içme suyu temini ve kanalizasyon olanakları sağlanmıştır. Bu çalışmalar, sağlık göstergelerinde büyük ölçüde değişimlere yol açmıştır (Torres, 2013).

1973 yılında başlatılan Kırsal Sağlık Programı ve 1976'daki Kentsel Toplum Sağlığı Programı, sağlam ve kapsamlı bir birinci basamak sağlık hizmeti sunarak önemli bir etki yaratmıştır. Bu iki program bir arada değerlendirildiğinde, 1980 yılına kadar tıbbi hizmetlerin kentsel ve kırsal nüfusun yaklaşık %60'ına ulaştırılmasını sağlamıştır. Fonun başladığı dönemde, kırsal nüfusun %20'sinden daha azı asgari sağlık hizmetlerinden faydalanabiliyorken Kırsal Sağlık Programı'nın başlatılmasıyla, öncelikle en çok ihtiyaç duyan bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim sağlanmıştır. Daha sonra toplum sağlığı çalışanları, sağlık uygulamalarını, sanitasyonu ve çocuklarda aşılama gibi konuları iyileştirmek ve ev ziyaretleri gerçekleştirmek amacıyla eğitilmiştir. Program, geniş kapsamlı hizmetlerin yanı sıra çevre sağlığı uygulamaları, sağlık eğitimi, veri toplama ve toplumsal örgütlenmenin teşviki gibi hizmetleri sunarak birinci basamak sağlık yaklaşımını benimsemiştir. Kırsal kalkınma programı modelini izleyen Kentsel Toplum Sağlığı Programı ise gecekondu sakinlerinin yaşam koşullarını iyileştirmeyi amaçlamıştır. 1976'da başlatılan program, üç yıl içinde kent nüfusunun %57'sine ulaşmıştır. Bu girişim sayesinde aşı uygulaması kent nüfusunun %85-90'ına kadar ulaşmış, kentsel alanlardaki dışkı bertarafı %60'tan %96'ya yükselmiş ve kent nüfusunun %100'ü içme suyuna erişebilmiştir (Saenz, 1985, Rosero-Bixby, 1985, Munoz, 1995).

### 2.5.2. Sri Lanka

Sri Lanka, ekonomik olarak sürdürülebilir bir büyüme sağlayamasa da 1948'de bağımsızlığını ilan etmesi sonrasında sağlık göstergelerinde büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Bu başarı, ücretsiz olarak sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri ile gerçekleşmiştir. Sağlık

göstergelerindeki bu ilerlemeye, toplumun her kesimine ulaşan sağlık hizmetleri ve eşitlik yanlısı sosyal stratejiler de önemli katkılarda bulunmuştur (Rannan-Eliya, 2006).

Bağımsızlığını yeni kazanmış olan Sri Lanka için tarım sektörü öncelikli olup özellikle pirinç ve diğer temel gıdalarda kendine yetebilme hedeflenmiştir. Hükümetlerin tarım politikaları, küçük çiftçileri yüksek verimli ürünler yetiştirmeye teşvik etmiştir. Bu sebeple tarım ürünleri üretim miktarı artmış ve çiftçilerin gelirleri yükselmiştir. 1980'lerin başlarına gelindiğinde, bu program, bölgesel ve sınıfsal farklılıkları azaltmış ve pirinç yetiştiren köylülerin de dahil olduğu en yoksul kesimlere temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik ulusal bir çaba kapsamında yardım etmiştir. Birkaç on yıl boyunca devam eden gıda yardımı programı sayesinde, pirinç ve diğer bazı temel gıda malzemeleri kooperatifler aracılığıyla hanelere sabit fiyatlar üzerinden temin edilmiştir. Bu sayede, 1956 ve 1963 yılları arasında nüfusun ortalama kalori alımı %40 artmıştır (De silva, 1981).

Kırsal konut sayısının artırılmasına ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar da eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Bu çalışmalar, kırsal kesimdeki konut yapısının, tasarımının ve kalitesinin iyileşmesini sağlamıştır. 1950'lerde çalışma yaşamına yönelik çıkarılan bir dizi kanun ile, özellikle kadın ve gençlerin sağlığı ve refahı korunmuştur. Bu kanunlar, haftalık çalışma süresini 45 saat ile sınırlamış ve ücretli yıllık izin ve hastalık iznini zorunlu kılmıştır. Ucuz raylı ve karayolu toplu taşıma ağının genişletilmesi, kırsal kesimde yaşayan halkın temel sağlık hizmetlerine erişimini artırmıştır. 1978 yılında Sri Lanka'daki doğumların %70'i hastanelerde, kliniklerde ve doğumevlerinde gerçekleşmiştir (Wickramasinghe, 2014).

1948'den itibaren ülke genelinde ilkokul, ortaokul ve yüksek öğrenim kurumları aracılığıyla ücretsiz eğitim hizmeti sunulmuştur. 1945 yılından itibaren tüm öğrencilere ücretsiz öğle yemeği verilmiştir. 1950'ler ve 1960'larda okul eğitiminin kadınlar arasında yaygınlaşmasıyla, erkekler ve kadınlar arasındaki okur-yazarlık farkı neredeyse tamamen ortadan kalkmıştır. Aile planlaması yaygın kabul görmüş ve 1960'ların başlarından itibaren doğum oranlarında bir düşüş yaşanmıştır (Wickramasinghe ve Kodikara, 2012, De silva, 1981).

Sri Lanka'daki rekabetçi politik ortam, yoksul kırsal çoğunluğun gelir dağılımının yeniden düzenlenmesinden ve sosyal yardımlardan hatırı sayılır ölçüde faydalanmasını sağlamıştır. Kadınlar, ulusal bağımsızlıktan önce de siyasi süreçte aktif rol oynamıştır. Bu durum, 1930 ve 1940'larda anne ve çocuk sağlığına verilen yüksek önceliği açıklamaktadır. Köy düzeyinde faaliyet gösteren kırsal kalkınma dernekleri ve kadın birlikleri gibi gruplar, tüberkülozla mücadele kampanyaları gibi halk sağlığı girişimlerinde aktif rol oynamıştır (Fernando, 2000; Gunatilleke, 1984).

### 2.5.3. Küba

Devrim sonrası Küba, düşük maliyetli iyi sağlık modeliyle dikkat çeken bir örnek teşkil etmiştir. Devrimle birlikte, tıp ve toplum sağlığı kaynakları toplumun dezavantajlı kesimlerine kadar ulaştırılmıştır. Milli kaynakların temel ihtiyaçları karşılamak üzere yeniden yönlendirilmesiyle, dezavantajlı kesimlerin yaşam standardı, ülkenin dengesiz giden ekonomisine rağmen iyileştirilmiştir. Devletin kırsal bölgelere daha fazla milli kaynak ayırması, sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından kırsal ve kentsel kesimler arasındaki farklılıkları azaltmıştır. Bu gelişmelerin temelinde, sağlık hizmetlerine eşit erişimi sağlayan politikalar, toplum sağlığını önceliklendiren yaklaşımlar ve sosyal belirleyicilere yapılan yatırımlar yatmaktadır. Sağlıkta eşitliğin sağlanmasında, eğitimin, gelir düzeyinin ve mesleğin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Küba, eğitim ve sağlık politikaları ile toplumun genel refahını artırmış ve sağlıkta eşitsizlikleri minimize etmiştir (Ciano, 2024, Gonzalez ve diğ., 2016).

Devrim sonrası sağlık politikalarında evrensellik, eşit erişim ve devlet kontrolü ilkeleri benimsenmiştir. Bu politikalar, tıbbi tedavi, tanı testleri ve önlenebilir hastalıkların koruyucu aşıları gibi hizmetlerin ücretsiz sunulması yoluyla sosyal eşitliği sağlamaya odaklanmıştır. Küba'nın halk sağlığı politikası, sağlığın geliştirilmesine ve hastalıklardan korunmaya yönelik faaliyetlere, sektörler arası harekete ve toplumun katılımına öncelik vermektedir. Bu yaklaşım, uzmanlık gerektiren tedavi hizmetlerine yönelik organize bir konsültasyon ve sevk sistemi içinde yer alan yerel bir birinci basamak sağlık modelini ön plana çıkarmaktadır (Swason ve diğ. 1995, Gonzalez ve diğ., 2016).

Yerel düzeyde hekimler ve hemşireler, hizmet ettikleri toplumun içinde yaşamaktadır. Bu sağlık çalışanları, sadece klinik tanı ve tedavi sunmakla kalmaz, aynı zamanda genel sağlık hususları ve tıp dışı sağlık belirleyicileri konusunda toplumu eğitirler. Eğitim, devrim sonrası Küba'da ulusal bir öncelik haline gelmiştir. Hükümet, devrimden kısa bir süre sonra kitlesel okur yazarlık kampanyaları başlatarak tüm özel okulları kamulaştırmış ve eğitimi ücretsiz ve herkese açık hale getirmiştir. Bu çabalar, her yetişkinin zorunlu altı yıllık eğitimi tamamlamasını sağlayan programlarla desteklenmiştir. Küba'nın mevcut okur yazarlık oranı %96,7'dir (Swason ve diğ., 1995, Pieno, 2019)

Devrim sonrası dönemde, su kanalları ağının genişletilmesiyle içme suyuna erişim artırılmış ve kentsel alanlarda hijyen ve sanitasyon iyileştirilmiştir. Küba'nın sosyal eşitlik ve herkese açık birinci basamak sağlık hizmetleri taahhüdü, ülkenin uzatmalı ekonomik

ambargodan gördüğü sağlık zararlarını sınırlandırmasını sağlamıştır (Spiegel, 2004; Diaz-Briquets, 1983; Nayeri, 1995).

### 2.5.4. İsveç

1990'ların sonunda İsveç, sosyal belirleyiciler modelini temel alan yeni ve çığır açıcı bir halk sağlığı stratejisi başlatmıştır. Bu strateji, hedeflerini morbidite ve mortalite rakamlarıyla tanımlamaması nedeniyle dikkat çekicidir. Bunun yerine, ulusal sağlık hedefleri hastalığın sosyal ve çevresel belirleyicileri hedef alınarak belirlenmiştir. Stratejinin genel amacı, sağlığı toplumun tamamına eşit şartlarda götürmeyi mümkün kılan toplumsal koşulların oluşturulmasıdır. Sağlıkta eşitlik, İsveç halk sağlığı politikasının açık ve esas bir amacı olarak belirlenmiştir. Strateji, sağlıkta eşitsizlik yaratan toplumsal sınıf modelini değiştirmeyi amaçlarken, aynı zamanda dezavantajlı grupları sağlık konusunda zayıf ve savunmasız bırakan faktörleri ele almayı hedeflemektedir. İsveç'in bu politikaları, sağlık hizmetlerine erişim, eğitim, istihdam ve sosyal destek gibi alanlarda geniş çaplı iyileştirmeler yapılmasını sağlamıştır (Whitehead ve Dahlgren, 2006).

İsveç, sağlıkta eşitlik hedeflerini belirlerken hem yapısal faktörleri hem de bireylerin yaşam tarzı seçimlerini dikkate alan kapsamlı bir strateji benimsemiştir. İlk altı hedef, yapısal faktörlerle ilgilidir ve toplumdaki çeşitli sektörler ve farklı kademeler arasında paylaştırılmıştır. Bu hedeflerin yerine getirilmesi sorumluluğu merkezi hükümet, belediyeler, kent konseyleri ve gönüllü örgütler arasında paylaştırılmıştır. Strateji, iskân ayrımcılığını ve sosyal izolasyonu azaltmaya, sağlıklı sosyal aktivitelere katılımı özendirmeye, ihtiyaç sahibi okullara ek kaynak sağlamaya ve göçmenler arasında işsizliği azaltmaya yönelik stratejiler içermektedir. (Diderichsen, 2001; Mackenbach, 2002).

İsveç'in kamuya ait uzun süreli bakım sistemi bulunmaktadır. Uzun süreli bakım sisteminin %85 oranındaki maliyetleri bölgesel ve yerel vergilerle karşılanmaktadır. Yerel yönetimler engelli, özel ihtiyaçları olan bireylere bakmak ve kişisel bakımlarını sağlamak, yeni konutlar inşa etmek, topluma katılmalarını sağlamak, kendi yaşamları içerisinde kendilerini güvende ve bağımsız hissetmelerine olanak sağlamaktadır. Yerel yönetimler tarafından bu kişilere evde, ev yardım asistanı ve ev yardım hemşiresi taraşından birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaktadır (Fagerström ve Willman, 2013, Garms, 2013)

### 2.5.5. Kanada

Kanada, uluslararası halk sağlığı alanında lider bir ülke olarak kabul edilmekte, özellikle de sağlığın sosyal belirleyicilerinin ele alınması ve toplumun halk sağlığı süreçlerine

katılımının güçlendirilmesi konularında örnek gösterilmektedir. Bu, büyük ölçüde ülkenin tarihsel olarak benimsediği politikalar ve girişimlerden kaynaklanmaktadır. 1974'te yayınlanan Lalonde Raporu, sağlık belirleyicilerinin anlaşılmasında kapsamlı bir çerçeve sunan ve sağlığın iyileştirilmesinde sağlık hizmetlerinin sınırlı bir rolü olduğunu kabul eden ilk çalışmalardan biridir. Bu rapor, sağlık politikalarının sosyal, çevresel ve bireysel yaşam tarzı faktörlerine odaklanması gerektiğini vurgulamıştır (Lalonde, 1974).

1980'lerdeki Sağlıklı Toplumlar Hareketi ve 1986 tarihli Ottawa Sağlık Geliştirme Sözleşmesi, Kanada'nın halk sağlığı girişimlerinde önemli dönüm noktaları olmuştur. Ottawa Sözleşmesi, sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejiler belirleyerek, sağlığı sadece sağlık sektörünün sorumluluğu olmaktan çıkarmış ve geniş bir toplumsal çerçevede ele alınmasını sağlamıştır. Kanada'nın federalist siyasi sistemi, sağlık politikası ve sosyal politika ile ilgili öncelikli sorumluluğu şehirlere ve bölgelere vererek merkezden yönetimi azaltmaktadır. Bu sistem, sağlık belirleyicilerine duyarlı bir siyasi ortam yaratılmasında önemli bir rol oynamıştır. 1994'te ülkenin Sağlık Bakanları, sektörler arası sağlık hareketini Kanada halkının sağlık düzeyinin yükseltilmesinin başlıca yollarından biri olarak kabul etmişlerdir. Kanada Sağlık Bakanlığı'nın 1998 tarihli görüş belgesi, politika eyleminin potansiyel hedefleri olarak bir dizi sağlık belirleyicisi saptamıştır. Bu belirleyiciler arasında gelir düzeyi, sosyal statü, eğitim, istihdam, çalışma koşulları, sağlıklı çocuk gelişimi, sağlık hizmetleri, toplumsal cinsiyet ve kültür gibi faktörler bulunmaktadır. 1999'da tüm yönetim kademeleri, sağlık sonuçlarının kök sebeplerine odaklanan bir toplum sağlığı yaklaşımını kabul etmişlerdir. Bu model, yaşam seyri boyunca insanların sağlığını etkileyen ve birbirine bağlı koşulları ele almayı amaçlar (Raphael, 2003; Sutcliffe, 1997).

Kanada'nın federal yapısı, kamu sağlığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda hem yapıcı hem de karmaşık bir etkiye sahiptir. Bazı eleştirmenler, halk sağlığı politikalarını odak alan taahhütlerin somut eylemlere dönüştürülmesinin yavaş olduğunu belirtmektedirler. 2000'lerin başında, tıbbi tedavi sistemi sağlık sektörü kaynaklarının büyük bir kısmını tüketmeye devam etmiş ve sağlığın geliştirilmesine ve korunmasına ayrılan pay sağlık harcamalarının %3'ünü geçmemiştir (Raphael, 2003; Sutcliffe, 1997).

## 2.6. KKTC'DE YÜRÜTÜLEN SAĞLIK HİZMETLERİ

KKTC'de, kamusal alanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunucusu olan sağlık merkezleri ve yerel yönetimler alanında yürütülen sağlık ve sosyal hizmetler, sağlık düzeyi açısından risk altındaki toplum için koruyucu ve önleyici girişimlerin temel kaynağı

konumundadır. Kamusal alanda yürütülen sağlık hizmetleri, sağlık merkezleri ile ayaktan tedavi hizmeti, çevre sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri ve evde bakıma yönelik hizmet sunumlarını kapsamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin yapılan hizmetler kapsamında bağışıklama ve anne-çocuk sağlığı hizmetleri verilmektedir.

### 2.6.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

KKTC, sağlık hizmetlerini ülke genelinde geniş bir ağa yayılmış birincil sağlık hizmetleri sistemi ile sunmaktadır. Bu hizmetler, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çeşitli temel sağlık hizmetleri çatısı altında sağlık tesisleri aracılığıyla sağlanmaktadır.

*Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi'nin* kuruluş amacı, ilk basamak tedavi hizmetlerini planlamak, yürütmek ve denetlemektir. Hizmetleri iki adet şehir tipi Sağlık Merkezi, 13 adet kırsal kesim sağlık merkezi, iki adet köy tipi sağlık ocağı (sağlık evi) ve 70 adet kadar köy sağlık odaları ve beş adet sıhhiye şubesi ile kent, köy ve kırsal kesime götürmektedir. Toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyen hastalıklarla savaşarak gelecek kuşakların sağlıklı yetişmelerini sağlamak için tüm koruyucu ve birinci basamak tedavi edici planları hazırlayarak, bölgesel kuruluşlar ve sağlıkla ilgili diğer Bakanlık ve yerel kuruluşlarla işbirliği yaparak görevlerini yürütmektir. *Sağlık Merkezleri*, bir pratisyen hekim yönetimde bir diş hekimi, 2-3 hemşire, bir sıhhiye müfettişi, bir laboratuvar teknisyeni (genellikle hemşirelerin yürüttüğü), bir şöför, bir hizmetli, bir sekreter, 1 eczacı kalfası ve yeteri kadar çevre sağlığı sıhhiye işçilerden oluşmaktadır. *Çevre Sağlığı Şube Amirliği*; Lefkoşa, Mağusa, Girne, Güzelyurt, Akdoğan, Geçitkale, Lefke, Mehmetcik ve Ercan havaalanında bulunan müfettişler ile gıda kontrolu, su kontrolleri, karantina çalışmaları, köy teftişleri, inşaat ruhsat verme işlemleri, sigara kontrolleri gibi görevleri yerine getirirken kendi bölgelerinde bulunan işçilerle de sıtma savaş çalışmalarını yürütmektedirler. Ayrıca merkezde bulunan gıda mühendisleri de her türlü ithalat, ihracat kontrolleri ve gıda işyerlerinin teftişlerini gerçekleştirmektedir (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2024).

Temel sağlık hizmetlerinin faaliyetleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2024):

- Temel sağlık hizmetleri ile ilk basamak tedavi hizmetlerini planlamak, yürütmek ve denetlemek,
- Sağlık merkezleri ile sağlık evlerinin (sağlık ocağı) etkin ve verimli bir biçimde hizmet sunmasını sağlamak, ilk basamak hasta tedavi hizmetlerinin düzenlemek ve denetlemek,

- Tarama (verem-kanser) ve erken tanı hizmetleri ile acil ve ilkyardım hizmetlerini ve hasta sevki ve izlenmesi ile ilgili hizmetleri planlamak, düzenlemek ve yürütmek,
- Sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş ve aşı uygulama hizmetlerini yaygınlaştırmak, geliştirmek ve düzenli bir şekilde yürütülmesini sağlamak, izlemek ve denetlemek,
- Deniz ve hava limanlarında gerekli sağlık işlerinin yürütülmesini sağlamak,
- Çevre sağlığı ve atıklar, gıda sağlığı, temiz su, iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili hizmetleri planlamak, uygulanmasını gözetlemek ve denetlemek,
- Ana-Çocuk sağlığı ve okul sağlığı ile ilgili hizmetleri düzenlemek, yaygınlaştırmak, geliştirmek ve yürütmek,
- Sağlık eğitimi ile ilgili hizmetleri planlamak ve uygulanmasını sağlamak,
- Özel sağlık tedavi kuruluşlarının açılmalarına izin vermek, ruhsatlandırmak ve bu kuruluşları denetlemek.

### 2.6.2. KKTC'de Yerel Yönetim Hizmetleri

KKTC Devlet Planlama Örgütü'nün 2011 yılında yaptığı son nüfus sayımına göre, KKTC nüfusu 286.257 olarak belirlenmiştir. 2021 yılı belediye sınırları içerisinde yaşayan projeksiyon nüfusun 2011 yılına göre %36,5 artış göstererek 390,058 olduğu tahmin edilmektedir (KKTC Devlet Planlama Örgütü, 2022). KKTC'de 18 belediye mevcut olup bunlar: Lefkoşa Belediyesi, Mağusa Belediyesi, Girne Belediyesi, Güzelyurt Belediyesi, Gönyeli- Alayköy Belediyesi, Çatalköy-Esentepe, Lefke Belediyesi, İskele Belediyesi, Tatlısu Belediyesi, Yeniboğaziçi Belediyesi, Beyarmudu Belediyesi, Dikmen Belediyesi, Lapta-Alsancak-Çamlıbel Belediyesi, Mehmetçik- Büyükkonuk Belediyesi, Değirmenlik-Akıncılar Belediyesi, Erenköy- Karpaz Belediyesi, Geçitkale- Serdarlı Belediyesi ve Mesarya Belediyesidir. Yerel hizmetler belediyeler eliyle yürütülmektedir. 2009 yılında yapılan bir düzenleme ile köyler belediyelere bağlanmıştır.

KKTC'deki yerel yönetim sistemi ile ilgili olarak birçok yasa bulunmaktadır. Bunların başında Anayasa gelmektedir. KKTC Anayasasının yerel yönetimlerle ilgili maddesi uyarınca, "Yerel yönetimler bölge, belediye veya köy ve mahalle halkının yerel ortak gereksinmelerini karşılamak üzere kuruluş ilkeleri yasa ile belirtilen ve karar organları seçimle oluşturulan kamu tüzel kişileridir. Yerel yönetimlerin kuruluş ve görevleri ile yetkileri, yerinden yönetim ilkesine uygun olarak yasa ile düzenlenir." Yerel yönetimlerle ilgili diğer bir yasa olan 51/1995 sayılı Belediyeler Yasası, ülkenin yerel yönetim sistemi ve hizmetleri anlama açısından büyük bir

önem taşımaktadır. Bu yasada tanımlanmış olan görevler ise şöyle sıralanabilmektedir: (Belediyeler İç Düzen Yasası, 1995).

:

- Belediyelerin Sağlık ve Sosyal Yardımlarla İlgili Görevleri,
- Belediyelerin İmara İlişkin Görevleri,
- Belediyelerin Ekonomi ve Çalışma Yaşamına İlişkin Görevleri,
- Belediyelerin Esenlik ve Güvenlikle İlgili Görevleri,
- Belediyelerin Eğitim, Kültür ve Turizme İlişkin Görevleri,
- Belediyelerin Tarıma İlişkin Görevleri,
- Belediyelerin Ulaşım ile İlgili Görevler

Belediyelerin, sağlık ve sosyal yardımla ilgili görevleri kapsamında sağlıklı içme suyu sunma, gıda denetimleri yapma, çevre sağlığına yönelik denetim ve çalışmalar yapma, salgın bulaşıcı hastalıkların önüne geçme, zararlılarla mücadele, muhtaç duruma düşenlere gerekli her türlü yardımı yapma; iş bulma, kazaya ve afete uğrayanları koruyup gözetme, gerektiğinde huzurevleri ve düşkünler yurtları ile rehabilitasyon merkezleri kurma ve yönetme gibi görevleri bulunmaktadır (Belediyeler İç Düzen Yasası, 1995).

Belediyelerin imara ilişkin görevleri ise beldenin meydan, cadde ve sokaklarını, çocuk oyun alanlarını, spor saha ve tesislerini, park, bahçe ve yeşil alanlarını, piknik seyir ve gezinti alanlarını İmar Yasasına uygun olarak düzenlenmek, genişletmek, aydınlatmak, ağaçlandırmak, dinlenme yerleri yapmak ve sürekli olarak bakımlarını sağlamaktır (Belediyeler İç Düzen Yasası, 1995).

Belediyelerin eğitim, kültür ve turizme ilişkin görevleri arasında olanaklar ölçüsünde belediye tiyatrosu, sineması, müzesi, sosyal amaçlı salonlar, kütüphane, okuma salonları, çocuk kitaplıkları, konservatuvar ve diğer kültür tesisleri ve belde halkına beceri kazandıran kurslar açmak bulunmaktadır (Belediyeler İç Düzen Yasası, 1995).

KKTC'de 51 sayılı Belediyeler İç Düzen Yasası (1995) göz önünde bulundurulduğunda ise sağlığın birçok önemli sosyal belirleyicisinin yerel hizmetlerin odak noktası olduğu ayrıca eğitim, istihdam, gelir, sağlıklı yiyeceklere ve temiz suya erişim ve sosyal koruma gibi faaliyetlerin belediyelerin görevleri arasında tanımlandığı görülmektedir (Belediyeler İç Düzen Yasası, 1995).

KKTC'de belediyelerin yaşlı bakımı ile ilgili faaliyetlerini belirleme konusunda yapılan bir çalışmada (Konuşur Serinsu, 2014), yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin sağlık izlemini kapsadığı, sosyal aktiviteler kapsamında ise yılın belli dönemlerinde gezilerin

düzenlendiği belirlenmiş ve yaşlı bireylerin ortak paylaşımlarda bulunabilecekleri bir ortam oluşturulması önerilmiştir. Bu doğrultuda, yaşlıların evlerinden kopmadan yaşıtlarıyla birlikte vakit geçirebilmeleri için oluşturulan Gündüz Bakım Merkezi, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi tarafından uygulamaya geçirilmiştir.

Yerel yönetimlerin son yıllarda benimsemiş olduğu sosyal politikalar ile refahın sağlanması hedeflenmekte ve sosyal sorunlara çözüm aranmaktadır. Bu doğrultuda, kişinin yaşam standardının ve sosyal refahının iyileştirilmesine odaklanılmaktadır. Bu nedenle son yıllarda KKTC'de birçok belediye projeler geliştirmektedir. Örneğin, Lefkoşa Türk Belediyesi'nde Paylaşım Mutfağı Projesi (Lefkoşa Türk Belediyesi, 2016) ile muhtaç bireylerin yemek ihtiyaçları karşılanmaktadır. Gönyeli ve Değirmenlik belediyelerinde bulunan sosyal aktivite merkezleri ile bireylerin sosyal yönden aktif olmalarına olanaklar sağlanmaktadır (Gönyeli Belediyesi, 2017; Değirmenlik Akıncılar Sosyal Aktivite Merkezi, 2018). Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Gündüz Bakım Merkezi Projesi (Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Gündüz Bakım Merkezi, 2014) ile yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden aktif olmaları sağlanmaktadır. Gönyeli Belediyesi'nde Bisikletli Gönyeli Projesi (Gönyeli Belediyesi, 2016) ile kişilerin fiziksel yönden aktif olmalarını sağlamak ayrıca araç kullanımını azaltarak egzozun yarattığı hava kirliliğini azaltmak hedeflenmektedir. Yürütülen bu projelere göre, yerel yönetimlerin faaliyetlerinde sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin farkındalığın giderek arttığı söylenebilir. Diğer yandan, KKTC'de yerel yönetimler tarafından sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik sunulan hizmetler son on yılda gündeme gelip politikalar oluşturulmaya başlanmışsa da sağlık ve sosyal bakıma yönelik faaliyetlerin bütüncül olarak ele alınması, tüm bireyleri kapsaması, sonuçlarının değerlendirilmesi ve sürdürülmesi açısından yetersiz kaldığı söylenebilir.

#### *2.6.2.1. Yerel Yönetimlerde Sektörler Arası İş Birliği*

Yerel yönetimler, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, sağlıklı yaşam koşullarını oluşturmak ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak açısından kritik bir rol üstlenmektedir. Ancak, KKTC'de yerel yönetimlerin sağlık alanındaki faaliyetleri yasalarla sınırlı olup sağlık hizmetleri çoğunlukla merkezi yönetim tarafından sunulmaktadır. Bu durum, yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri sunumunda ve sektörler arası iş birliği yapma kapasitesinde önemli adımlar atılması gerektiğini göstermektedir.

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği (TSKB), yerel yönetimlerde sağlıkta sektörler arası iş birliğini sağlamak amacıyla önemli bir örgütsel yapı olarak öne çıkmaktadır. Birliğin kuruluş çalışmaları, Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin öncülüğünde 2000'li yılların başında başlamış ve

2004 yılında on belediyenin katılımıyla resmi olarak kurulmuştur. 2017 yılı itibariyle birliğin üye sayısı 70'e ulaşmıştır. Bu gelişme de örgütün işlevselliğini göstermektedir. Birliğin misyonu, "Yaşanabilir ve sağlıklı şehirler için tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve yoksulluk ile mücadele etmek amacıyla üye kentler arasında iş birliğini sağlamak, deneyimlerini paylaşmak ve güç birliği oluşturmak" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu misyon, Türkiye'de yerel yönetimlerin halk sağlığına yönelik çabalarını koordine etmeyi ve sağlık eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamaktadır (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2005). Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Kentler Ağı'nın üyesidir (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2021).

DSÖ, Sağlıklı Kentler Ağı tarafından 2008 yılında yayınlanan "Tüm Yerel Politikalarda Sağlık ve Sağlık Alanında Eşitlik" başlıklı Zagrep Bildirisi, sağlık alanında sektörler arası iş birliğini teşvik eden önemli bir çerçeveye değinmektedir. Bildiri, sağlığı temel bir insan hakkı olarak tanımlamakta ve yerel yöneticilerin bu hakkı sağlamak için liderlik rolünü benimsemeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Zagrep Bildirisi, DSÖ'nün "Irk, din, politik düşünce, ekonomik ve sosyal durum gözetmeksizin ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına erişmek her insanın temel haklarından biridir." bakış açısını benimsemektedir: Bu bakış açısı, sağlığın evrensel ve ayrım gözetmeksizin herkes için erişilebilir olması gerektiğini vurgulamaktadır. Kent yöneticilerinin, yerel halkın bu hakka erişimini sağlamak için önemli bir liderlik rolüne sahip oldukları belirtilmektedir (World Health Organization, 2009).

Bildiri, kamuya açık platformların kullanılarak sağlığı olumsuz etkileyen temel nedenler hakkında halkı bilinçlendirmeyi ve bu nedenlerle mücadelede kullanılacak sağlıklı kent ilkeleri, değerleri ve yaklaşımları konusunda farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, ilgili tüm paydaşları bir araya getirerek sağlık için eylemler gerçekleştirme ve tüm sektörlere sağlık savunuculuğu yaparak farklı sektörlerin politikalarında sağlık konusunu gündeme almalarını teşvik etmektedir. Sağlıklı kent ilkeleri, toplum sağlığını iyileştirmeyi ve sağlık eşitsizliklerini azaltmayı amaçlayan değerler ve yaklaşımlar içermektedir. Bu ilkeler, sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alarak, kentlerde yaşayan tüm bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak için planlama ve uygulamalar içermektedir (World Health Organization, 2009). Sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin birçok alanda planlanacak faaliyetler için sektörler arası etkin düzenlemeler yapılabilmektedir. Bu doğrultuda, merkezi hükümetlerin "Tüm politikalarda sağlık" anlayışını benimsemesi ve bu anlayışı merkezden yerele doğru güçlü bir şekilde yaygınlaştırması gerekmektedir (Pala, 2018).

## 2.7. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE HEMŞİRELİK

Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (International Council of Nurses-ICN) 2017 yılının teması olan "Hemşireler: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmada Öncü Ses" başlığı altında, sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin hemşirelerden daha fazla çaba ve katkı talep ettiğini belirtmektedir. ICN (2017), hemşirelerin düşük ücretlerle, yeterli kaynaklardan yoksun olarak ve uzun çalışma saatleriyle mücadele ettiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, hemşireler yasal ve eğitsel sınırları çerçevesinde, sağlıklı bir dünya yaratma misyonuyla çevrelerini ve yaşadıkları toplumu etkilemeye çalışmaktadırlar. Bu bağlamda, hemşirelerin sağlık hizmetlerinde oynadıkları kritik rolün altını çizerken, onların daha iyi çalışma koşulları ve yeterli kaynaklarla desteklenmesi gerektiğini savunmaktadır. Hemşirelerin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada önemli bir aktör olduğunu ve bu hedeflere ulaşmada karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmek için gereken desteğin sağlanmasının önemini belirtmektedir (International Council of Nurses, 2017).

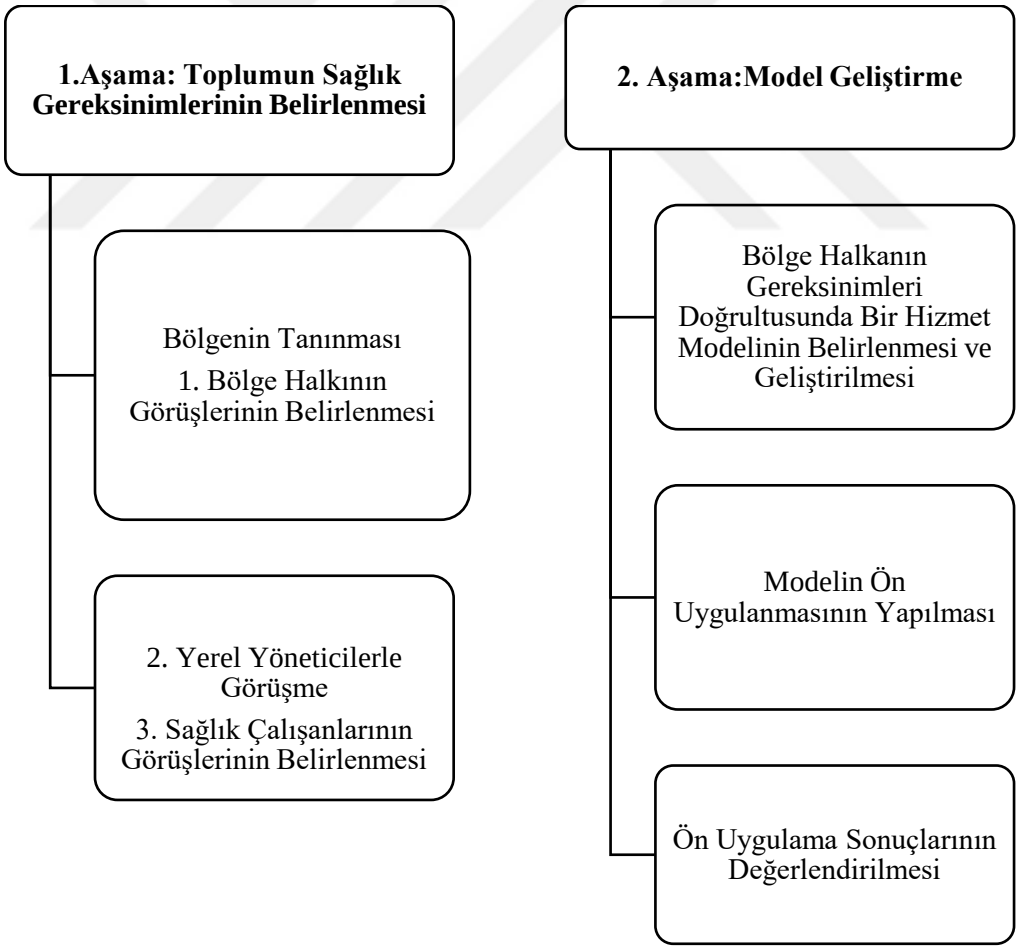
Dünyada sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamında yürütülen toplum sağlığı hizmetlerine ve ayrıca toplumun gereksinimleri belirlenerek oluşturulmuş projelere sağlık çalışanlarının katıldığı görülmektedir (International Council of Nurses, 2017). Örneğin, Çin'de kronik obstrüktif akciğer hastalarıyla çalışan bir hemşirenin, ev ziyaretleri ile hastaların yaşam koşullarını iyileştirdiği ve hastaların akut durumlarını azaltarak sağlık harcamalarını azalttığı ve bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştirildiği belirtilmiştir. Sierra Leone'de 2014 yılında ortaya çıkan Ebola virüsü salgını sırasında halk sağlığı danışmanı olarak çalışan bir hemşirenin, yerel sağlık çalışanlarına eğitim verdiği ayrıca salgın sırasında acil durumlara karşı halkın direncini artıracak ve beslenmelerini sürdürecek bir sistem kurduğu ve gerçekleştirilen faaliyetler ile sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini sağladığı belirtilmiştir. Hollanda'da yürütülen Semt Bakım Modeli'nde ise nitelikli hemşirelerin de katılımıyla oluşturulan, kendi kendini yöneten, tıbbi ve evde destek sağlayacak ekiplerin etkili çalışması ile hastaların güçlendirilmesi, hasta ailesinin bakıma katılması ve semt kaynaklarından etkili yararlanılması amaçlanmıştır. Semt Bakım Modeli ile bakım kalitesinin arttığı, hastaların bağımsızlıklarını daha çabuk kazandığı, hastanede yatış sürelerinin azaldığı ve hasta maliyetlerinin %40 azaldığı belirlenmiştir. Avustralya'nın Brisbane şehrinde yürütülen Micah Projesi kapsamında, dezavantajlı birey ve ailelerin sosyal gereksinimlerini belirleyebilmek amacıyla anket uygulanmış ve yapılan değerlendirmeler sonucunda geliştirilen bakım modeli ile bireylerin yaşam kalitesinin arttığı ve hastaneye başvuranların sayısında ve hastane maliyetlerinde önemli ölçüde azalma olduğu belirlenmiştir. İngiltere'de yürütülen Sosyal Reçete Projesi ile hastaların

yaşadıkları toplum ve çevre ile bütünleşerek güçlenmeleri hedeflenmiştir. Hekimler ve hemşireler, bölgede sunulan hizmetlere ilişkin hastalarla iletişim kurarak sosyal reçete olarak nitelendirilen bir çalışma programını geliştirmişlerdir. Bu proje ile bireylere klinik dışı hizmetler sunulmuş, sağlıklı yaşam tarzı programı, barınma ve iş bulma desteği ve finansal danışmanlık gibi hizmetler sunulmuştur. Böylece sağlık sorunlarının sadece fiziksel kaynaklı olmadığı anlaşılarak sosyal faktörlerle birlikte ele alınmasının önemine vurgu yapılmıştır (International Council of Nurses, 2017).

# 3. YÖNTEM

Çalışmanın ana amacı, toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Bu ana amaç doğrultusunda, KKTC'nin Lefkoşa ilçesi Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan toplumun sağlık bakım gereksinimleri halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin görüşleri doğrultusunda belirlendi.

Bu doğrultuda, araştırmanın ilk aşamasında toplumun sağlık bakım gereksinimlerine ilişkin halkın görüşlerinin belirlenmesi amacıyla nicel araştırma tasarımı, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla nitel araştırma tasarımı ve uygulandı.




**Şekil 3.1:** Araştırmanın aşamaları.

## 3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

### 3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ilk aşaması üç farklı örneklem üzerinde (bölge halkı, sağlık çalışanları ve yerel yöneticiler) gerçekleştirildi. Araştırmanın nicel aşamasının evrenini, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan olan kişiler oluşturdu ($N_{toplam=}$ 11.865). Örnekleme alınan halkın belirlenmesinde ise evreni oluşturan gruplar ve evreni oluşturan kişi sayısı bilindiği için orantılı kota örnekleme yöntemi kullanıldı. Bu bağlamda, öncelikle bölge halkı demografik kriterlerden yaş ve cinsiyete göre tabakalara ayrıldı, sonrasında her bir tabakanın evreni temsil etme oranı doğrultusunda örnekleme alınacak en az kişi sayısı belirlendi. Araştırmanın örneklemini ise Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 18 yaş ve üzeri olan 401 kişi (n=401) oluşturdu.

**Tablo 3.1:** Nicel aşama örneklemine ilişkin veriler.

| Yaş grupları | Kişi sayısı (N) | Evreni temsil etme oranı (%) | Örneklemi oluşturan kişi sayısı (n) |
|---|---|---|---|
| **18-44 yaş aralığı** | 5.547 | 46,8 | 223 |
| **45-64 yaş aralığı** | 2.370 | 20,0 | 104 |
| **65 yaş üzeri** | 1.557 | 13,1 | 74 |
| **Toplam** | **9.474** | **79,8** | **401** |

Bölge halkı için örnekleme dahil olma kriterleri şu şekilde belirlendi:

- Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşama,
- Araştırmaya katılımda gönüllü olma,
- Sözel iletişim kurabilme,
- Demans, Alzheimer veya tanılanmış diğer psikiyatrik sorunu veya zihinsel engeli olmama.

Araştırmanın nitel aşamasının evrenini, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerinde hizmet veren, Değirmenlik Sağlık Ocağı, Serdarlı Sağlık Ocağı ve Akdoğan Sağlık Ocağı'nda çalışan sağlık çalışanları (N=29) ile yerel yöneticiler (N=11) oluşturdu. Bu nedenle, dört farklı sağlık ocağında ve yerel yönetimlerde görevli cinsiyete, eğitime düzeyi, birim, pozisyon, mesleki ve kurum deneyimi açısından farklı olan sağlık çalışanları ve yerel yöneticilerden araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar örnekleme alındı. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde bir kural olmaması nedeniyle sağlık çalışanları ve

yerel yöneticilerin belirlenmesinde veri tekrarı ve doygunluğu ile yeni verilerin elde edilememesi esas alınarak (Erdoğan ve diğ., 2018) veri doygunluğuna ulaşıldığı tespit edildiği zaman görüşmeler sonlandırıldı. Nitel aşamanın örneklemini ise 7 sağlık çalışanı ve 11 yerel yönetici olarak toplam 18 kişi oluşturdu (n=18).

### 3.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (N=1.557). Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini "Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Modeli"ne gönüllü olarak başvurup yararlanan bireyler oluşturdu (n=6) (Ek 10).

## 3.2. ARAŞTIRMA BÖLGESİ PROFİLİ

Lefkoşa ilçesine bağlı olan Değirmenlik Akıncılar Belediyesi, 252 $km^2$ alan ile Kıbrıs'ın kuzeyinin en büyük coğrafi alana sahip ikinci belediyesidir. Bölge, KKTC'nin %7,06'sını oluşturmaktadır. Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde 19 köy bulunmaktadır. Bunlar; Balıkesir, Beyköy, Cihangir, Çukurova, Değirmenlik, Demirhan, Dilekkaya, Düzova, Erdemli, Gaziköy, Gökhan, Kalavaç, Kırıkkale, Kırklar, Meriç, Minareliköy, Yeniceköy ve Yiğitler olarak sıralanmaktadır.

Değirmenlik Akıncılar Belediyesi'nin kuzeyinde Beşparmak Dağları, Esentepe, Çatalköy, batısında Dikmen, Lefkoşa, güneyinde Akıncılar, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, doğusunda Beyarmudu, Akdoğan, Vadili, Paşaköy, Serdarlı yerleşim yerleri bulunmaktadır. Bölge ülkenin merkezinde, Lefkoşa, Gazimağusa, Girne ve Ercan Havalimanı ulaşım hattının geçiş noktasında yer almaktadır.

Değirmenlik bölgesi, Ülkesel Fizik Planı'nda Mesarya Kırsal Gelişme Bölgesi olarak yer almaktadır. Değirmenlik Akıncılar Belediyesi hem merkeze yakın hem de köy yaşantısını yaşamak için ideal bir bölge konumundadır. Lefkoşa bu bölgeye doğru büyümekte olup kirli sanayi bölgesi ve taş ocakları belediye sınırları içinde bulunmaktadır (İlseven ve diğ., 2004, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Bölgesel Stratejik Gelişim Planı, 2022).

## 3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

### 3.3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması

Araştırmanın nicel aşamasında, bölge halkının görüşlerinin belirlenmesinde ise, "Sosyal Tanılama Formu" ve "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanıldı. Araştırmanın nitel aşamasında bireysel derinlemesine görüşmelerde kullanılmak üzere sağlık çalışanları ve yerel yöneticilerle ile yapılan görüşmeleri yapılandırmak ve görüşmelerini ortaya çıkarmak amacıyla her grup için farklı içerikte hazırlanan "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Yerel Yöneticiler" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Sağlık Çalışanları" kullanıldı.

#### *3.3.1.1. Sosyal Tanılama Formu*

Araştırmacı tarafından ilgili literatürler doğrultusunda (Öner, 2014; Evci ve diğ., 2012; Yoloğlu ve diğ., 2020; Winchester, 2019) oluşturulan form, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan halkın sosyal, ekonomik, sağlık ve demografik özelliklerini (gelir düzeyi, yaş, eğitim, cinsiyet, çalışma durumu, sigara/alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu, fiziksel aktivite durumu, konut durumu, ulaşım durumu ve sağlık kontrollerini yaptırma durumu vb.) sorgulayan çoktan seçmeli, kapalı ve açık uçlu toplam 35 sorudan oluşmaktadır (Ek 7). Temsil niteliğinde bilgi toplanarak her ev için bir kişi ile görüşme yapıldı.

#### *3.3.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)*

DSÖ tarafından 1995 yılında geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF), toplumun belirli yaşam koşullarında bireysel doyumu etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen bireysel yanıtı belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Eser ve diğerleri (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek, fiziksel (ağrı duyma, uyku, enerji vb.), ruhsal (olumlu duygular, özgüven, beden imgesi vb.), sosyal ilişkiler (sosyal destek, kişisel ilişkiler vb.), çevresel (ulaşım, güvenli ortam, sağlık koşulları vb.) olmak üzere dört alt boyut ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması sırasında üç boyutu (bedensel, ruhsal ve sosyal ilişkiler) hasta ve sağlıklı bireyleri ayırt etme açısından istatistiksel yönden yeterli bulunurken çevre boyutunun ayırt edici olmadığı saptanmıştır. Türkçe versiyonunda çevre boyutuna çevre-TR olarak bir soru eklenmiştir. Bu nedenle ölçeğin Türkçe versiyonu toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tipinde (1= Hiç memnun değil, 5= Çok memnun) yanıtlanmaktadır. Alınan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçeğin

Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayıları, sağlıklı grupta bedensel sağlık boyutunda 0,76, psikolojik sağlık boyutunda 0,67, sosyal ilişkiler boyutunda 0,56, çevre boyutunda 0,74 ve çevre-TR boyutunda ise 0,76'dır (Eser ve diğ., 1999) (Ek 7).

#### *3.3.1.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Sağlık Çalışanları*

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeleri yapılandırmak amacıyla hazırlandı. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, toplum sağlığı çalışanlarının, çalıştıkları kurumları tarafından yürütülen toplum sağlığı hizmetlerini, yürütülen hizmetlerden yararlanan kişileri, toplum sağlık hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesinde sorumlu olan kurum/kurumların belirlenmesi ve yürütülen hizmetlerin sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamında geliştirilmesine yönelik önerileri gibi görüşlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak toplam 9 açık uçlu sorudan oluşmaktadır (Ek 8).

#### *3.3.1.4. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu-Yerel Yöneticiler*

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, yerel yöneticilerle yapılacak görüşmeleri yapılandırmak amacıyla hazırlandı. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, yerel yöneticilerin yönetim görevini üstlendikleri bölgede yerel hizmet ve toplum sağılığı hizmeti veren kurumlar tarafından yürütülen toplum sağlığı hizmetlerini, yürütülen hizmetlerden yararlanan kişileri, toplum sağlığı hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesinde sorumlu olan kurum/kurumların belirlenmesi ve yürütülen hizmetlerin geliştirilmesine yönelik önerileri gibi görüşlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak toplam 10 açık uçlu sorudan oluşmaktadır (EK 9).

### 3.3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırmanın ikinci aşamasında ilk aşamada belirlenen bölge halkının, sağlık çalışanları ve yerel yöneticilerin görüşleri alınarak belirlenen sağlık gereksinimleri doğrultusunda, yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilecek bir hizmet modeli oluşturuldu. "Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Modeli" olarak adlandırılan bu hizmet modelinde, hizmeti almak isteyen birey veya yakını Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Sağlık ve Sosyal Destek Şubesi Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Birimine ulaşacaktır. Hizmet, alınan başvurunun birim tarafından bireyin yaşadığı ortamda gözlemlenmesi, sorunlarının tanımlanarak evde sağlık bakımı ve sosyal destek ekibi tarafından değerlendirmesi olarak başlamaktadır. İlk olarak, 65 yaş üzeri bireyin genel durumu hemşire tarafından "65 Yaş ve Üzeri Birey Tanılama Formu" ve "Hemşire Bakım ve Takip Formu" ve "Bakım Bağımlılığı Ölçeği" ile hareket durumu fizyoterapi uzmanı tarafından "Hareket Durumu Değerlendirme Formu", beslenmesi diyetisyen

tarafından “Beslenme Değerlendirme Formu”, zihinsel ve psikolojik durum ise psikolog tarafından “Mental ve Zihinsel Değerlendirme Formu” ile değerlendirilmektedir. Hizmetten memnuniyetin değerlendirmesi için ise araştırmacı tarafından geliştirilen “Hizmet Değerlendirme Anketi” uygulanmaktadır.

#### *3.3.2.1. 65 Yaş ve Üzeri Birey Tanılama Formu*

Araştırmacı tarafından oluşturulan hemşire tarafından uygulanan bu form, 65 yaş üzeri bireyin genel olarak durumunun belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu form ile bireyin, kişisel bilgileri, eğitim ve medeni durumu, iletişim numaraları ve acil durumlarda iletişim kurulacak kişiler, sosyal güvencesi değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, bağımsızlık durumu değerlendirmek amacıyla gözlük, işitme cihazı, tekerlekli sandalye ve yürüteç gibi yardımcı araç kullanımı, tanısı konmuş hastalıkları ve kullanılan ilaçları, ayrıca günlük yaşam aktivitelerinin genel bağımsızlık durumlarının değerlendirilmesi, bakıcısının olup olmadığı, mevcut bakıcısının durumu ve eğitimi, psikososyal yönden kaldığı evin durumu ve evde kimlerle kaldığı, çocukları, komşuları ve yakınları ile görüşme durumu, katıldığı sosyal aktiviteler ve yaşlılıkla ilgili düşünceleri değerlendirilmektedir. Formun son bölümünde, sağlık çalışanlarının hastanın yaşadığı ortamda yaptıkları gözlem ve gereksinimleri değerlendirerek kaydettikleri bir bölüm bulunmaktadır (Ek 10).

#### *3.3.2.2. Hemşire Bakım ve Takip Formu*

Araştırmacı tarafından oluşturulan Hemşire Bakım ve Takip Formu, hemşire tarafından uygulanmaktadır. Hemşirenin ziyaret sırasındaki gözlemleri, ziyaret sayısı, hastanın yaşamsal bulguları, hemşirelik girişimleri ve uygulamaları, ağrının değerlendirilmesi ve ağrı için yapılan uygulamalar, hasta ve ailesine verilen eğitimler, yapılan değerlendirmeler ve bir sonraki ziyarette yapılması planlanan uygulamalar kaydedilmekte ve bir sonraki ziyaret tarihi belirlenmektedir (Ek 11).

#### *3.3.2.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği*

Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Virginia Henderson’ın insan gereksinimlerine göre dayandırılmış ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla Dijkstra tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Bakım Bağımlılığı Ölçeği, hastanın bakım bağımlılığının fiziksel ve psikolojik açıdan kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bakım Bağımlığı Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yönt ve diğerleri (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşmakta olup bireylerin bağımlılık düzeylerini 5’li Likert olarak (1= tamamen

bağımlı, 5= Hemen hemen veya tamamen bağımsız) derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilcek en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85 olarak belirlenmiştir. Ölçek puanının yüksek olması, hastanın bakım gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabildiğini gösterirken, ölçek puanının düşük olması hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu göstermektedir (Yönt ve diğ., 2010) (Ek 12).

Hizmet alan bireyler Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile ilk tanılamada ve her ayın sonunda yeniden değerlendirilmektedir.

#### *3.3.2.4. Düşme Riski Değerlendirme Formu*

Düşme riski hareket durumunun belirlenmesi amacıyla fizyoterapist tarafından uygulanmaktadır. Düşme riskinin belirlenmesi için İtaki Düşme Riski Ölçeği kullanılmıştır. 2011 yılında Türkiye'ye özgü bir ölçek geliştirilmesi amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturduğu komisyon tarafından literatür incelenerek ve kurumlarda kullanılan düşme riski ölçekleri de incelenerek İtaki Düşme Riski Ölçeği geliştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). 17 yaş ve üzerindeki bireyler için geliştirilen bu ölçek, hastanın demografik bilgilerini, değerlendirme nedenini, düşmeye yönelik majör ve minör risk faktörlerini içermektedir. Ölçek, toplamda 8 majör ve 11 minör risk faktöründen oluşan 19 maddeyi kapsamaktadır. Ölçek puanı, her bir maddenin aldığı puanların toplamı ile belirlenmekte olup, toplam puan 0-4 puan arasında ise düşük risk, 5 puan ve üzerinde ise yüksek risk olarak değerlendirilmektedir (Ek 13).

#### *3.3.2.5. Beslenme Değerlendirme Formu*

Beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılan Mini Nutrisyonel Test diyetisyen tarafından uygulanmaktadır. Mini Nutrisyonel Test, genel sağlık durumu, beslenme, antropometri ve hastanın kendi hakkında yaptığı değerlendirmeleri içeren bir testtir. Testin geçerliliği ve güvenilirliği Vellas ve diğ. (1999) tarafından yapılmıştır. Testin Türkiye'de geçerlilik çalışması Sarıkaya (2013) tarafından yapılmış, yaşlıların taranmasında geçerli bir yöntem olduğu ortaya konmuştur. Test, dört ana bölümde toplanan 18 sorudan oluşmakta olup antropometrik değerlendirmeler olan beden kitle indeksi, kilo, kol ve baldır çevresinin değerlendirilmesi, genel değerlendirme olarak hayat tarzı, ilaç kullanımı, mobilite, depresyon ve demans belirtilerinin değerlendirilmesi, kısa beslenme değerlendirmesi olarak öğün sayısı, gıda ve sıvı alımı, beslenme özerkliğinin değerlendirilmesi ve subjektif değerlendirme olarak sağlık ve beslenme konusundaki benlik algısının değerlendirilmesini içermektedir. Yaşlı hastaları, beslenme durumlarına göre normal beslenen (≥24), risk altında (17-23,5 arası) veya belirgin malnütre (<17) olarak sınıflandırmaktadır (Ek 14).

### *3.3.2.6. Mental ve Zihinsel Değerlendirme Formu*

Zihinsel ve psikolojik süreçlerin değerlendirilmesini amacıyla psikolog gözleminde Mini Mental Test ve Geriatrik Depresyon Ölçeği uygulanacaktır. Mini Mental Test, düşünme, iletişim, anlama ve hafıza ile ilgili sorunları kontrol etmek amacıyla 30 sorudan oluşan testtir. Kısa ve uzun süreli bellek, dikkat süresi, konsantrasyon, dil ve iletişim becerileri, planlama yeteneği, talimatları anlama yeteneği zihinsel yetenekleri değerlendirmek için kullanılabilmektedir. Folstein ve diğ. (1975) tarafından geliştirilen test ile yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan gibi bilişsel fonksiyonları değerlendirmektedir. Testin Türkçeye uyarlamasıyla yapılan hastane çalışmasında testin demansı belirlemede yüksek duyarlık (%91) ve özgüllükte (%95) olduğu saptanmıştır (Gürgen ve diğ., 2002). 25 veya daha yüksek puan normal bilişsel düzey, 21 ile 24 arasında puan hafif düzey bilişsel bozulma, 10 ile 20 arasında puan orta düzey bilişsel bozulma, 10'dan az puan ise şiddetli bilişsel bozulmayı göstermektedir (EK 15).

Geriatrik Depresyon Ölçeği kısa form, 15 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin kısa formu, 1991 yılında Burke ve diğ. (1991) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2018 yılında Durmaz ve diğ. (2018) tarafından yapılmıştır. Katılımcılara son bir hafta içindeki durumunu dikkate alarak evet veya hayır şeklinde cevaplanması istenen 15 soru yöneltilmektedir. Her bir sorunun değerlendirmesi 1 puan üzerinden puanlama yapılmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. 0-4 arası depresyon bulgu yok, 5-8 arası hafif depresyon bulguları, 9-11 orta düzeyde depresyon bulguları ve 12-15 arası şiddetli depresyon bulguları olduğunu göstermektedir (Ek 16).

### *3.3.2.7. Kişisel Bakım Hizmeti Formu*

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form ile bireyin kişisel bilgileri, genel durumu, ihtiyaç duyduğu kişisel bakım hizmeti ve hizmetin verileceği yer hakkındaki bilgiler elde edilmektedir (Ek 17).

### *3.3.2.8. Hizmet Değerlendirme Anketi*

Araştırmacı tarafından oluşturulan anket 10 sorudan oluşmakta olup sorulara “evet” veya “hayır” şeklinde cevap verilmektedir. Anket hizmetin tamamlanmasının ardından hizmeti olan kişi veya bakım veren kişi tarafından doldurulmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastanın ihtiyaçlarını dikkate alıp ilgilenmesi, yapılan uygulamalar ve hastalık hakkında bilgilendirme yapılması, yapılan açıklamaların yeterliliği ve hasta üzerindeki etkileri, sağlık çalışanlarının aldığı önlemler ve uygulamaların hastalık üzerindeki etkisi, randevu saatlerine olan sadakat ve çalışanların ilgi ve desteğine olan memnuniyeti değerlendirmektedir (Ek 18).

### 3.3.3. Verilerin Toplanması

#### *3.3.3.1. Araştırmanın birinci aşamasında verilerin toplanması*

***Nicel verilerin toplanması***

Araştırmada bölge halkının görüşlerinin belirlenmesi aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara araştırmanın amacı ve soru formunun doldurulmasına yönelik bilgi verildi ve bilgilendirilmiş yazılı onamları alındıktan sonra veri toplama araçları uygulandı. Veriler, araştırmacı tarafından yapılan açıklamalar sonucunda araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılarla yüz yüze görüşme yoluyla elde edildi (Ek 4). Bu çalışmanın bölge halkına uygulanması 01/12/2021 – 27/02/2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi (EK 7).

***Nitel verilerin toplanması***

Sağlık çalışanları ve yerel yöneticiler ile yapılan görüşmeler, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu doğrultusunda gerçekleştirildi. Öncelikle araştırma hakkında bilgi verildi ve ses kaydı alınmasına veya görüşmenin kaydedilmesine yönelik bilgilendirilmiş yazılı onamı alındı (Ek 5) (Ek 6). Daha sonra katılımcının özelliklerine ilişkin sorular (meslek, yaş, eğitim durumu, çalıştığı birim, meslekte ve kurumda toplam çalışma süresi gibi bilgileri içerecek şekilde) sorularak görüşmeye başlandı. Görüşmenin devamında katılımcıların, toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamaya ilişkin görüşlerini almaya yönelik görüşme soruları ve daha derinlemesine veri elde edebilmek amacıyla sondaj soruları yöneltildi. Her katılımcıdan ses kayıt cihazı kullanılacağına ve kendilerinden araştırmaya gönüllü katıldıklarına yönelik olarak yazılı ve/veya sözlü onam alındı. Katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmelerin ses kaydı alınarak yapılacağı ve görüşmeler sonucunda elde edilecek verilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı yönünde detaylı bilgi verildi. Katılımcılara yarı yapılandırılmış görüşme soruları yöneltildi. Sorular yöneltilirken, her görüşme sorusu için konu ile ilgili derinlemesine bilgi elde edebilmek için "Bu konu ile ilgili başka görüş ve öneriniz var mı? Başka eklemek istediğiniz var mı?" gibi sorular yöneltildi. Görüşmelerin sonunda her katılımcıya araştırmaya katıldıkları için teşekkür edilerek görüşmeler sonlandırıldı. Araştırma sorularının içeriğinin yeterliliğini değerlendirebilmek amacıyla örneklem grubundan seçilen bir katılımcı ile pilot görüşme yapıldı. Bu görüşme ortalama görüşme süresi de değerlendirildi ve araştırma sorularında değişiklik yapılmadı. Derinlemesine bireysel görüşmeler, 25-45 dakika arasında ortalama 30 dakika olarak sürdü. Görüşmeler, 02/08/2022-20/09/2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi (Ek 8), (Ek 9).

#### *3.3.3.2. Araştırmanın ikinci aşamasında verilerin toplanması*

Araştırmanın ikinci aşamasında gelişigüzel yapılan ilk duyurular sonrasında evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetinden yararlanmak amacıyla başvuru yapan altı kişi ile araştırmacı, hemşire ve fizyoterapist tarafından yüz yüze görüşmeler yapıldı. Modelin uygulamasına katılmak için gönüllü olan örneklem grubuna önce hemşire tarafından 65 ya ve üzeri birey tanılama formu doldurulduu, her hasta için bakım planı hazırlandı ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği uygulandı. Fizyoterapist tarafından yapılan görüşmeler, Hareket Durumu Değerlendirme Formu doğrultusunda gerçekleştirildi. Uygulamalar doğrultusunda yapılan görüşmeler 03/09/2024 tarihinde başladı. Bireylerin halen hizmetten yararlanmaya devam etmesi nedeniyle, 3 ayın sonunda, bireylere verilen hizmetin sonuçlarının ve sağlık düzeylerinin değerlendirilmesi, Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nden alınan puanlar, sağlık çalışanlarının görüşleri ve memnuniyet puanları üzerinden yapıldı.

## 3.4. VERİ ANALİZİ

### 3.4.1. Nicel Verilerin Analizi

Bölge halkından elde edilen nicel veriler IBM SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik testlerinden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve medyan kullanıldı. Verilerin parametrik dağılıp dağılmamasına bağlı olarak iki gruplu değişkenler için Mann Whithney U testi, ikiden fazla gruplu değişkenler için Kruskal Wallis H testi uygulandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olup olmadığı değerlendirildi.

### 3.4.2. Nitel Verilerin Analizi

Araştırmada nitel verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanıldı. Nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan içerik analizi yöntemi, elde edilen verilerdeki benzerlik ve farklılıkları ortaya çıkarmak ve derinlemesine açıklık getirmek amacıyla, kodlamaların yapılarak uygun tema ve alt temalar geliştirilmesi ve ortaya çıkan bulguların yorumlanması olarak tanımlanmaktadır (Baltacı, 2017, Şimşek ve Yıldırım, 2011). Araştırmacı tarafından ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler görüşme yapıldıktan sonra 24 saat içerisinde deşifre edilerek ve görüşme metinlerine dönüştürüldü. Araştırmacı ve danışman tarafından MAXQDA 24 programında deşifre edilen nitel verilerin kodlamaları yapıldı. Belirlenen kodlardan aynı anlam ifade eden cümleler arasında ortak yönler bulunarak tema ve alt temalar oluşturuldu.

Oluşturulan kodların, tema ve alt temaların kontrolü hemşire akademisyen ve sosyal bilimler alanında akademisyen olan üç ayrı kişi tarafından sağlandı.

Araştırmanın nitel aşamasında elde edilen nitel verilerin geçerlik ve güvenirliği, Guba ve Lincoln'nun (1985) önerdiği güven duyulabilirlik ölçütleri olan inandırıcılık, aktarılabilirlik, güvenilebilirlik ve onaylanabilirlik doğrultusunda değerlendirildi (Lincoln ve Guba, 1985).

**İnandırıcılık:** Araştırmada elde edilen bulguların gerçeklikle örtüşme ve uyumunun ne düzeyde olduğunu açıklamaktadır (Merriam, 2009, Lincoln ve Guba, 1985). Araştırmada, uzun süreli etkileşimi sağlamak amacıyla bireysel derinlemesine görüşmeler için görüşme randevuları katılımcıların uygun oldukları zaman göz önünde bulundurularak planlandı. Görüşmelerde katılımcıların görüşlerini rahatça ifade etmelerine olanak sağlamak amacıyla görüşmeler sırasında açık sözlü olmaları konusunda teşvik edildi. Katılımcıların kişisel görüşlerinin önemli olduğu ve sorulara verilecek cevapların doğru veya yanlış olarak değerlendirilmeyeceği belirtildi. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve katılımcıların herhangi bir gerekçe göstermeksizin araştırmadan çekilebileceği ifade edildi. Görüşmeler sırasında, konunun derinine inmek amacıyla katılımcılara daha önce belirttikleri konulara hakkında çeşitli şekillerde tekrarlayan sorular soruldu. Aynı zamanda araştırmacı, yerel yönetimlerde uzun süredir yönetici olarak çalışmaktadır. Araştırma kapsamında katılımcı kontrolünü sağlamak amacıyla, görüşmeler sırasında konuşulanlar katılımcıya özetlendi ve eklemek istedikleri bir şey olup olmadığı sorularak, yorumların doğruluğu görüşme anında doğrulandı. Araştırmanın bulguları, daha önce yapılmış çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak, mevcut kuramsal bilgi ve uygulamalarla ilişkilendirdi. Araştırmacı çeşitlemesi için danışman ile tema, alt tema ve kodların oluşturulması sürecinde bölgeyi tanıyan hemşire ve akademisyenlerin görüşleri alındı.

**Aktarılabilirlik:** Aktarılabilirlik, elde edilen bulguların farklı bağlamlarda ne kadar geçerli ve uygulanabilir olduğunu ifade eder. (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004). Aktarılabilirlik sağlamak için araştırmanın evren, örneklem, veri toplama araçları ve veri analizi aşamaları ile ilgili bilgiler ayrıntılı ve doğru bir şekilde aktarıldı. Katılımcıların ifadeleri değiştirilmeden doğrudan aktarıldı. Ayrıca araştırmanın amacına uygun bir örneklem grubu seçilerek çalışma yapıldı.

**Güvenilebilirlik:** Güvenilebilirlik, araştırma bulgularının net, tutarlı ve tekrar edilebilir olmasını ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004). Bu nedenle araştırmanın

güvenilirliğini sağlamak açısından raporlama aşamasında Nitel Araştırmaların Raporlanması için Konsolide Kriterler (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research-COREQ) kontrol listesi kullanıldı (Tong ve diğ., 2007).

**Onaylanabilirlik:** Onaylanabilirlik, elde edilen bulguların sadece araştırmacının görüşlerinden değil, araştırmaya katılanların deneyim ve düşüncelerinden ortaya çıktığını ifade etmektedir (Lincoln ve Guba, 1986; Shenton, 2004). Bu araştırmada, çeşitleme ve katılımcı kontrolü dışında, araştırma için alınan etik kurul onay formu, ses kayıtları, katılımcı onam formları, bilgisayara kaydedilen ham veriler, kodlanmış veriler, tema ve kodların oluşturulmasına dair tüm kayıtlar, araştırmanın onaylana bilirliğini sağlamak amacıyla saklandı.

### 3.5. ETİK KONULAR

Araştırmanın etik yönden değerlendirilmesi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı tarafından yapılarak bu çalışmanın uygulanabilirliğine onay verildi (Tarih: 09.09.2021, Karar No: 2021/202) (Ek 1). Çalışmanın Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içinde uygulanabilmesi için 29/11/2021 tarihinde ilgili belediyeden yazılı izin alındı (EK 2). Çalışmanın nitel aşamasında sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanlarına uygulanabilmesi için KKTC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesinde 04/02/2022 tarihinde yazılı izin alındı (EK 3). Araştırmaya katılan kişilere gönüllü katılımlarının sağlanması amacıyla öncelikle araştırma amacı hakkında bilgi verildi ve Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılarak veri toplama araçları uygulandı veya görüşme soruları soruldu.

### 3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILILARI

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu araştırmanın nicel aşamasının KKTC'de sadece Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan bölge halkından kesitsel olarak toplanması halkın o andaki gereksinimlerini göstermektedir. Bazı katılımcılar koşullar ve zaman kısıtlamaları nedeni ile çalışmaya katılmakta isteksiz davranmışlardır. Nitel aşamada ise sadece sağlık ocağında çalışan sağlık çalışanları ile görüşülmesi de bölge halkının sağlık gereksinimleri konusunda daha sınırlı bilgi alınmasına neden olmuş olabilir. Veriler çeşitlendirilerek bölge halkı, sağlık çalışanları ve yerel yöneticilerden (ve bir belediye çalışanından) elde edilmesine karşın bireylerin öz bildirimleri, algı ve deneyimleri ile sınırlıdır.

Bölge halkının sağlık gereksinimleri doğrultusunda, belediye tarafından yürütülecek olan “Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Modeli”nde verilecek hizmet hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, gastronomi uzmanı, kuaför ve teknik personel ile tasarlanmış, ancak bu ekip tamamlanmadan uygulamaya başlanmıştır. Ayrıca bu modelden üç aylık zaman diliminde az sayıda kişinin yararlanması da başka bir sınırlılıktır. Bu nedenle ikinci aşama için ön uygulama sonuçları bu doğrultuda değerlendirilmelidir.

# 4. BULGULAR

## 4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu çalışmaya, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 212'si (%52,9) kadın, 189'u (%47,1) erkek toplam 401 kişi katıldı. Çalışmaya katılan bireylerin, %39,2'si Değirmenlik Alt Bölgesinde, %27,7'si Alt Mesarya Bölgesinde, %19,7'si Üst Mesarya Bölgesinde, %13,7'si Değirmenlik Üst Bölgesinde yaşamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %60,6'sı doğduğundan beri Değirmenlikte yaşamakta olduğunu, %29,7'si taşınarak %7,7'si güneyden göç ederek %6,7'si ise Türkiye'den göç ederek geldiğini belirtti. Bireyler %55,6'sı 18-44 yaş grubunda, %45,4'ü ortaokul ve lise mezunu, %73,6'sı evli, %40,1'i iki çocuklu olup %51,9'unun geliri 5,000-15,000 TL arasındadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri (N=401).

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| **Yaşanılan Bölge** | Değirmenlik Alt Bölgesi (Bahçelievler, Saray, Mehmetçik, Beyköy, Minareliköy, Demirhan) | **156** | **39,2** |
| | Değirmenlik Üst Bölgesi (Başpınar, Tepebaşı, Camialtı) | 55 | 13,5 |
| | Üst Mesarya Bölgesi(Cihangir, Düzava, Kalavaç, Çukurova, Yeniceköy) | 79 | 19,7 |
| | Alt Mesarya Bölgesi(Balıkesir, Meriç, Gaziköy, Dilekkaya, Kırıkkale, Erdemli, Yiğitler) | 111 | 27,7 |
| **Değirmenlik Beldesinde Yaşama Durumu** | Güneyden Göçmen | 31 | 7,7 |
| | Taşınarak gelmiş | 100 | 29,7 |
| | Türkiye'den Göçmen | 27 | 6,7 |
| | **Doğduğun beri Değirmenlik'te yaşıyor** | **243** | **60,6** |
| **Cinsiyet** | **Kadın** | **212** | **52,9** |
| | Erkek | 189 | 47,1 |
| **Yaş** | **18-44 yaş grubu** | **223** | **55,6** |
| | 45-65 yaş grubu | 104 | 25,9 |
| | 65 ve üstü yaş grubu | 74 | 18,5 |
| **Öğrenim düzeyi** | İlkokul ve altı | 71 | 17,7 |
| | **Ortaokul ve lise** | **182** | **45,4** |
| | Ön lisans, lisans, lisansüstü | 148 | 36,9 |
| **Medeni durum** | **Evli** | **295** | **73,6** |
| | Bekar | 106 | 26,4 |
| **Çocuk varlığı** | Tek çocuklu | 57 | 14,2 |
| | **İki çocuklu** | **161** | **40,1** |
| | Üç veya daha çok çocuklu | 81 | 20,2 |
| | Çocuğu yok | 102 | 25,4 |
| **Gelir durumu** | Asgari ücret | 38 | 9,5 |
| | **5000-15000 TL arası** | **208** | **51,9** |
| | 15,000 TL ve üzeri | 154 | 38,4 |

Çalışmaya katılan bireylerin %67,8'i çalışmakta olup %32,2'si ise çalışmamaktadır. Çalışmayanların %18,7'si geçimlerini emekli maaşı ile, %10,7'si ailesinin yardımı ile, %0,5'i sosyal yardım ödeneği ile, %0,2'si engelli aylığı ile sağlamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %39,2'si kamu sektöründe, %28,4'ü özel sektörde, %7,5'i ise kendine ait iş yerinde çalışmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %18'inin mesleği memurdur. Çalışmaya katılanların %30,2'si bu yıl içerisinde şu an çalıştığı işte çalışmaya başladı. Çalışmaya katılanların %32,2'si haftada 40 saatten fazla, %25,4 'ü 20-39 haftada saat arası, %4,5'i haftada 20 saatten az çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların %50,1'i sosyal sigortalar çalışan sağlık karnesine sahip, %16,5'i sosyal sigortalar emekli sağlık karnesine sahip, %2,2'si özel sağlık sigortasına sahip, %0,7'si sosyal yardım ücretsiz sağlık karnesine sahip, %1,5 'i dar gelirli sağlık karnesine sahip, %13,2 'si kamu personeli sağlık karnesine sahip, %2,2'si emekli kamu personeli sağlık karnesine sahip, %12,5'i ise herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir. Çalışmaya katılanların %40,1'i çalıştığı sektörde finansal yönden kısmen tatmin, %28,7'si tatmin, %19,5'i tatmin değildir. Çalışmaya katılanların %53,1'inin geliri geçimine yetmekte, %46,6'sının ise geliri geçimine yetmemektedir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2:** Çalışma özellikleri ile ilgili bulgular.

| **Çalışma Durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Çalışıyor** | **272** | **67,8** |
| Çalışmıyor | 129 | 32,2 |
| **Çalışmıyor ise geçimini sağlama durumu** | | |
| Ailesi yardımcı oluyor | 43 | 10,7 |
| **Emekli maaşı alıyor** | **75** | **18,7** |
| Engelli maaşı alıyor | 1 | ,2 |
| Sosyal yardım ödeneği alıyor | 2 | ,5 |
| Diğer | 16 | 4,0 |
| **Çalıştığı sektör** | | |
| **Kamu Sektörü** | **157** | **39,2** |
| **Özel Sektör** | **114** | **28,4** |
| Kendine Ait İşyeri | 30 | 7,5 |
| Diğer | 9 | 2,2 |
| **Haftalık çalışma saati** | | |
| 20 saatten az | 18 | 4,5 |
| 20-39 saat arası | 102 | 25,4 |
| **40 saatten fazla** | **129** | **32,2** |
| Diğer | 29 | 7,2 |
| **Sağlık sigortasına sahip olma durumu** | | |
| **Sosyal sigortalar çalışan sağlık karnesi** | **201** | **50,1** |

**Tablo 4.2 (devam):** Çalışma özellikleri ile ilgili bulgular.

| | | |
|---|---|---|
| Sosyal sigortalar emekli sağlık karnesi | **66** | **16,5** |
| Özel sağlık sigortası | 9 | 2,2 |
| Sosyal yardım ücretsiz sağlık karnesi | 3 | ,7 |
| Dar gelirli sağlık karnesi | 6 | 1,5 |
| Kamu personeli sağlık karnesi | 53 | 13,2 |
| Emekli kamu personeli sağlık karnesi | 9 | 2,2 |
| Herhangi bir sağlık güvencesine sahip değil | 50 | 12,5 |
| **Çalıştığı sektörde finansal yönden tatmin olma durumu** | | |
| Evet | 115 | 28,7 |
| **Kısmen** | **161** | **40,1** |
| Hayır | 78 | 19,5 |
| **Geçim durumu** | | |
| **Geliri geçimine yetiyor** | **213** | **53,1** |
| Geliri geçimine yetmiyor | 187 | 46,6 |

## 4.2. YAŞANILAN KONUT İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %67,1'i kendine ait evde, %24,9'u ailesine ait evde, %6,5'i kirada kalmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %75,1'i eş ve/veya çocukları ile, %17,7'si ailesi ile, %7,2'si yalnız yaşamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin, %97,8'i yaşadıkları konut içerisinde bakıma ihtiyaç duyan kişi ile yaşamamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %47,4'ü yaşadıkları konutta 4 veya daha fazla kişi ile, %46,6'sı yaşadıkları konutta 2-3 kişi ile kalmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları konutta, %65,8'inde 3 oda, %25,4'ünde 4 veya daha fazla oda bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları konutta, %96,6'inde konut içerisinde banyo/tuvalet bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları konutta, %92,8'sinde kendine ait oda bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları konut içerisinde ısınma yöntemi olarak, %45,4'ü klimayı, %16'sı gazlı sobayı, %15,2'si odun sobasını, %12,7'si şömineyi kullanmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları konut içerisinde içme suyu olarak %77,1'i damacana suyu, %20,4'ü şebeke suyunu kullanmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları konut içerisinde, %87,3'ü kendini güvende hissetmekte, %10,2'si kendini kısmen güvende hissetmekte, %2,5'i güvende hissetmemektedir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3:** Yaşanılan konutlar ile ilgili bulgular.

| Yaşanılan konut | n | % |
|---|---|---|
| **Kendime ait** | **269** | **67,1** |
| Kira | 26 | 6,5 |
| Aileme ait | 100 | 24,9 |
| **Konutta birlikte yaşadığı kişiler** | | |
| Yalnız | 29 | 7,2 |
| **Eş ve/veya çocuklar** | **301** | **75,1** |
| Ailemle | 71 | 17,7 |
| **Konut içerisinde bakıma ihtiyaç duyan kişi** | | |
| Evet | 9 | 2,2 |
| Hayır | 392 | 97,8 |
| **Yaşanılan konutta kalınan kişi sayısı** | | |
| Tek kişi | 24 | 6,0 |
| 2-3 kişi | 187 | 46,6 |
| **Dört veya fazla kişi** | **190** | **47,4** |
| **Yaşanılan konutta oda sayısı** | | |
| 1-2 | 35 | 8,7 |
| **3** | **264** | **65,8** |
| 4 veya daha fazla | 102 | 25,4 |
| **Yaşanılan konut içerisinde banyo/tuvalet olma durumu** | | |
| **Evet** | **388** | **96,8** |
| Hayır | 13 | 3,2 |
| **Yaşanılan konutta kendine ait oda durumu** | | |
| **Evet** | **372** | **92,8** |
| Hayır | 29 | 7,2 |
| **Konutu içerinde kullanılan ısıtma yöntemi** | | |
| Odun sobası | 61 | 15,2 |
| Gazlı soba | 64 | 16,0 |
| Elektrikli soba | 35 | 8,7 |
| **Klima** | **182** | **45,4** |
| Şömine | 51 | 12,7 |
| Gazyağı ile çalışan soba | 8 | 2,0 |
| **İçme suyu durumu** | | |
| Şebeke suyu | 82 | 20,4 |
| **Damacana-sise su** | **309** | **77,1** |
| Kuyu suyu | 2 | ,5 |
| Tanker | 8 | 2,0 |
| **Yaşadığı evde kendini güvende hissetme durumu** | | |
| **Evet** | **350** | **87,3** |
| Kısmen | 41 | 10,2 |
| Hayır | 10 | 2,5 |

## 4.3. BESİNLERLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %84'ü sağlıklı besinlere ulaşamadığını düşünmekteyken %16'sı ulaştığını düşünmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %96'sı besinleri saklama konusunda sıkıntı yaşamamaktadır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4:** Besinler ile ilgili bulgular.

| **Sağlıklı besinlere ulaşma durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet | 64 | 16,0 |
| Kısmen veya hayır | **337** | **84,0** |
| **Besinleri saklamada sıkıntı yaşama durumu** | | |
| Evet | 16 | 4,0 |
| Kısmen veya hayır | **385** | **96,0** |

## 4.4. ULAŞIMLA İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin ulaşım aracı olarak %87,8'i kendine ait aracı, %4,5'i toplu taşıma aracı, %4,2'si işyerine ait aracı kullanmaktadır (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5:** Ulaşım ile ilgili bulgular.

| **Ulaşım aracı** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Kendime ait aracı var** | **352** | **87,8** |
| Toplu taşıma | 18 | 4,5 |
| İş yerine ait araç | 17 | 4,2 |
| Diğer | 14 | 3,5 |

## 4.5. İNSANLARLA OLAN İLİŞKİLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %70,8'i ailesi ile her gün görüşmekte, %23,4'ü en az ayda 1 kez görüşmekte, %5,7'si özel günlerde görüşmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %78,1'i insanlarla bir arada olmaktan hoşlanmakta, %21,9'u insanlarla bir arada olmaktan hoşlanmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %98,3'ü arkadaş edinme konusunda sıkıntı yaşamamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %64,8'i yakın arkadaşları ile düzenli görüşmekte, %35,2'si yakın arkadaşları ile düzenli görüşmemektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %93,8'inin arkadaşları ile görüşmek için yeterli zamanı olmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %98,5'inin görüşecek arkadaşı bulunmaktadır (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6:** İnsanlarla olan ilişkiler ile ilgili bulgular.

| **Ailesi ile görüşme sıklığı** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Her gün** | **284** | **70,8** |
| En az ayda 1 kez | 94 | 23,4 |
| Özel günlerde veya hiç | 23 | 5,7 |
| **İnsanlarla bir arada olmaktan hoşlanma** | | |
| **Evet** | 313 | 78,1 |
| Hayır | 88 | 21,9 |
| **Arkadaş edinme konusunda sıkıntı yaşama durumu** | | |
| Evet | 7 | 1,7 |
| **Hayır** | 394 | 98,3 |
| **Yakın arkadaşları ile düzenli görüşme** | | |

**Tablo 4.6(devam):** İnsanlarla olan ilişkiler ile ilgili bulgular.

| | | |
|---|---|---|
| Evet | **141** | **35,2** |
| **Hayır** | **260** | **64,8** |
| **Arkadaşları ile görüşmek için yeterli zamanı olma durumu** | | |
| Evet | 25 | 6,2 |
| **Hayır** | **376** | **93,8** |
| **Arkadaşı olma durumu** | | |
| **Evet** | **395** | **98,5** |
| Hayır | **6** | 1,5 |

## 4.6. SERBEST ZAMANLARI DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin, %86'sı serbest zamanlarını kültürel ve sanatsal faaliyetlerle değerlendirmemekte, %79,6'sı sportif faaliyetlerle değerlendirmemekte, %74,1'i hobilerle değerlendirmemekte, %51,6'sı serbest zamanlarını arkadaşlar/ aile ile görüşerek değerlendirmekte, %62,1'i serbest zamanlarında dinlenmeyi tercih etmemekte, %94,8'inin serbest zamanı bulunmamaktadır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7:** Serbest zamanları değerlendirme ile ilgili bulgular.

| **Serbest zamanlarını kültürel ve sanatsal faaliyetlerle değerlendirme durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet | 56 | 14,0 |
| **Hayır** | **345** | **86,0** |
| **Serbest zamanlarını sportif faaliyetlerle değerlendirme durumu** | | |
| Evet | 82 | 20,4 |
| **Hayır** | **319** | **79,6** |
| **Serbest zamanlarını hobilerle değerlendirme durumu** | | |
| Evet | 104 | 25,9 |
| **Hayır** | **297** | **74,1** |
| **Serbest zamanlarını arkadaşlar/ aile ile görüşerek değerlendirme durumu** | | |
| **Evet** | **207** | **51,6** |
| Hayır | 194 | 48,4 |
| **Serbest zamanlarında dinlenmeyi tercih etme durumu** | | |
| Evet | 152 | 37,9 |
| **Hayır** | **249** | **62,1** |
| **Serbest zamanı olma durumu** | | |
| Evet | 21 | 5,2 |
| **Hayır** | **380** | **94,8** |

## 4.7. FİZİKSEL DURUM İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %50,4'ü kendini gün içerisinde bazen stresli hissetmekte, %24,9'u sık sık veya çok fazla stresli hissetmekte, %24,2'si ise hiç veya çok az stresli hissetmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %60,6'sı sigara ve alkol kullanmamakta, %18'i

her iki sinide kullanmakta, %13,7'si alkol kullanmakta, %7,7'si sigara kullanmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %53,9'u fiziksel aktivite yapmakta, %45,1'i fiziksel aktivite yapmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %31,4'ü fiziksel aktivite olarak yürüyüş, %3,7'si pilates, %3,2'si fitness yapmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %53,9'u fiziksel aktivite yapmamakta olup %21,9'u haftada 2-3 kez, %10,5'i haftada 1 kez, %7,7'si her gün, %5'i haftada 4-5 kez fiziksel aktivite yapmaktadır (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8:** Fiziksel durum ile ilgili bulgular.

| **Gün içerisinde stresli hissetme sıklığı** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Sık sık veya çok fazla | 100 | 24,9 |
| **Bazen** | **204** | **50,9** |
| Hiç veya çok az | 97 | 24,2 |
| **Sigara/alkol kullanma durumu** | | |
| Alkol | 55 | 13,7 |
| Sigara | 31 | 7,7 |
| Her ikisi de | 72 | 18,0 |
| **Sigara- alkol kullanmama** | **243** | **60,6** |
| **Fiziksel aktivite yapma durumu** | | |
| Evet | 181 | 45,1 |
| **Hayır** | **216** | **53,9** |
| **Yapılan fiziksel aktivite durumu** | | |
| Bisiklet sürme | 8 | 2,0 |
| Fitness | 13 | 3,2 |
| Freestyle | 1 | 0,2 |
| Futbol | 13 | 3,2 |
| Kango jumps | 1 | ,2 |
| Koşu | 1 | 0,2 |
| Pilates | 15 | 3,7 |
| Yoga | 3 | 0,7 |
| **Yürüyüş** | **126** | **31,4** |
| **Fiziksel aktivite yapma sıklığı** | | |
| Her gün | 31 | 7,7 |
| Haftada 2-3 kez | 88 | 21,9 |
| Haftada 4-5 kez | 20 | 5,0 |
| Haftada 1 kez | 42 | 10,5 |
| **Fiziksel aktivite yok** | **216** | **53,9** |

## 4.8. YAŞANILAN BÖLGE İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları bölgede, %59,4 fiziksel aktivite yapacak güvenli alan bulunmadığını düşünmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları bölgede, %73,3 yeterli yeşil alan bulunamamaktadır. Çalışmaya katılan bireyler yaşadıkları bölgede, %62,8 çevre sağlığı ile ilgili sıkıntı yaşamamaktadır. Çalışmaya katılan bireyler yaşadıkları bölgede çevre sağlığına yönelik olarak, %16 sinekler ile ilgili, %7,5 başıboş hayvanlar ile ilgili, %6,2 kanalizasyon ile ilgili, %4,2 kemirgen ve böcekler ile ilgili, %1,5 taş ocakları ile ilgili

sıkıntılar yaşamaktadır. Çalışmaya katılan bireyler yaşadıkları bölgede, %97,5'i şiddette maruz kalmamış olup, %2,5'i şiddette maruz kalmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %0,7'si duygusal yönden şiddette maruz kalmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %78,1'i yaşadıkları bölgede kendilerini güvende hissetmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %56,9'u yaşadıkları bölgede sağlık hizmetlerine kolay ulaşamamakta, %43,1'i kolay ulaşmaktadır (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9:** Yaşanılan bölge ile ilgili bulgular.

| **Yaşanılan bölgede fiziksel aktivite yapılacak güvenli alan olma durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet | 163 | 40,6 |
| **Kısmen veya hayır** | **238** | **59,4** |
| **Yaşanılan bölgede yeterli yeşil alan olma durumu** | | |
| Evet | 107 | 26,7 |
| **Kısmen veya hayır** | **294** | **73,3** |
| **Çevre sağlığı sıkıntısı yaşama durumu** | | |
| Evet | 149 | 37,2 |
| **Kısmen veya hayır** | **252** | **62,8** |
| **En çok çevre sağlığı sıkıntısı** | | |
| Başıboş hayvanlar | 30 | 7,5 |
| Kemirgenler ve böcekler | 17 | 4,2 |
| Evsel atıklar | 2 | ,5 |
| Suya yönelik sıkıntılar | 4 | 1,0 |
| Kanalizasyon | 25 | 6,2 |
| **Sinekler** | **64** | **16,0** |
| Taş ocakları | 6 | 1,5 |
| **Yaşanılan çevrede şiddete maruz kalma durumu** | | |
| Evet | 10 | 2,5 |
| **Hayır** | **391** | **97,5** |
| **Yaşanılan çevrede maruz kalınan şiddet** | | |
| **Duygusal** | **3** | **0,7** |
| Duygusal ve ekonomik | 1 | 0,2 |
| Fiziksel | 2 | 0,5 |
| Fiziksel ekonomik | 1 | 0,2 |
| **Yaşanılan bölgede güvende hissetme durumu** | | |
| **Evet** | **313** | **78,1** |
| Kısmen veya hayır | 88 | 21,9 |
| **Yaşanılan bölgede sağlık hizmetlerine kolay ulaşma durumu** | | |
| Evet | 173 | 43,1 |
| **Kısmen veya hayır** | **228** | **56,9** |

## 4.9. KATILIMCILARIN SAĞLIK DURUMU İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin, %73,1'inde kronik hastalık bulunmamakta, %26,9'unda kronik hastalık bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin, %19,2'sinde arterial hipertansiyon, %9,2'sinde diabetes mellitus, %5,7'sinde astım, %5,2'sinde koroner arter hastalıkları, %2,2'sinde hipotiroidi, %1,2'sinde koah bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin, %54,4'ü yılda 1 veya 2 kez, %37,7'si semptom yaşadığı zaman sağlık kontrollerini yaptırmakta, %8'i ise yaptırmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin, %59,1'i sağlık kuruluşu olarak özel kurumları tercih etmekte olup %40,6'sı kamu kuruluşlarını tercih etmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %50,4'ü sağlık sorunu yaşadığı zaman alternatif yöntemlerine başvurmakta, %49,6'sı ise sağlık sorunu yaşadığı zaman alternatif yöntemlerine başvurmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin, %69,9'unun 12 yaş altı çocuğu yoktur, %30,1'inin ise 12 yaş altı çocuğu vardır. Çalışmaya katılan bireylerin, %15,7'si 12 yaş altı çocukları hastalıkla ilgili semptom yaşadıkları zaman sağlık kuruluşuna başvurmakta, %8,2'si 6 ayda bir kez kontrole götürmekte, %5,7'si ise aşıya götürmektedir (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10:** Katılımcıların sağlık durumu.

| **Kronik hastalık durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Yok** | **293** | **73,1** |
| Var | 108 | 26,9 |
| **Koah** | | |
| Evet | 5 | 1,2 |
| **Hayır** | **396** | **98,8** |
| **Astım** | | |
| Evet | 23 | 5,7 |
| **Hayır** | **378** | **94,3** |
| **Koroner arter hastalıkları** | | |
| Evet | 21 | 5,2 |
| **Hayır** | **380** | **94,8** |
| **Arterial hipertansiyon** | | |
| Evet | 77 | 19,2 |
| **Hayır** | **324** | **80,8** |
| **Diabetes mellitus** | | |
| Evet | 37 | 9,2 |
| **Hayır** | 364 | 90,8 |
| **Kronik böbrek yetmezliği** | | |
| Evet | 1 | 0,2 |
| **Hayır** | **400** | **99,8** |
| **Demans** | | |
| Evet | 1 | 0,2 |
| **Hayır** | **400** | **99,8** |
| **Alzheimer** | | |
| Evet | 3 | 0,7 |
| **Hayır** | **398** | **99,3** |
| **Osteoporoz** | | |
| Evet | 2 | 0,5 |
| **Hayır** | **399** | **99,5** |

| | | |
|---|---|---|
| **Kronik karaciğer hastalıkları** | | |
| Evet | 1 | 0,2 |
| **Hayır** | **400** | **99,8** |
| **Serebrovasküler hastalıklar** | | |
| Evet | 1 | 0,2 |
| **Hayır** | 400 | 99,8 |
| **Romatoidartrit** | | |
| Evet | 1 | ,2 |
| **Hayır** | **400** | **99,8** |
| **Ülseratifkolit** | | |
| Evet | 4 | 1,0 |
| **Hayır** | 397 | 99,0 |
| **Hipotiroidi** | | |
| Evet | 9 | 2,2 |
| **Hayır** | **392** | **97,8** |
| **Sağlık kontrollerini yaptırma sıklığı** | | |
| Yaptırmıyor | 32 | 8,0 |
| **Yılda 1 veya 2** | **218** | **54,4** |
| Semptom yaşadığında | 151 | 37,7 |
| **Gidilen sağlık kurumu** | | |
| Kamu | 163 | 40,6 |
| **Özel** | **237** | **59,1** |
| **Sağlık sorunu/hastalık durumlarında geleneksel ya da alternatif tıp uygulamalarından yararlanma durumu** | | |
| **Bazen veya her zaman** | **202** | **50,4** |
| Hiç | 199 | 49,6 |
| **Evde yaşayan 12 yaş altı çocuk olma durumu** | | |
| Evet | 124 | 30,9 |
| **Hayır** | **277** | **69,1** |
| **12 yaş çocukları sağlık kontrolüne götürme sıklığı** | | |
| 6 ayda 1 | 33 | 8,2 |
| Yılda 1 | 4 | 1,0 |
| **Hastalıkla ilgili semptom yaşadığı zaman** | **63** | **15,7** |
| Aşıya götürüyor | 23 | 5,7 |
| Kontrole götürüyor ama aşı yaptırmıyor | 1 | ,2 |
| Diğer | 4 | 1,0 |

## 4.10. TOPLUMA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %44,9'u yaşanılan bölgede topluma yönelik sunulan sağlık hizmetlerinden kısmen memnun, %33,4'ü memnun değil, %21,7'si memnundur. Çalışmaya katılan bireyler, bölgede sunulan hizmetlerden %95,5'i temizlik hizmetlerinden, %91,8'i ilaçlama hizmetlerinden, %10,2'si sosyal aktivite merkezinden, %7,5'i gündüz bakım merkeziden yararlanmaktadır. Bölgede gereksinim duyulan hizmetleri, %68,3'si sağlık danışmanlığı hizmetinin, %67,6'si evde bakım hizmetinin, %36,9'u aile danışmalık merkezlerinin, %24,2'si engelsiz yaşam evlerinin, %23,7'si kadın sığınma evlerinin, %22,7'si

kronik hastalık yönetiminin, %19,2'si dayanışma mutfağı hizmetlerinin, %9,5'i ise şefkat evlerinin olduğu bulundu (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Yaşanılan bölgede topluma yönelik sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili bulgular.

| **Yaşanılan bölgede topluma yönelik sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olma durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Evet** | 87 | 21,7 |
| **Kısmen** | **180** | **44,9** |
| **Hayır** | 134 | 33,4 |
| **Yararlanılan belediye hizmeti** | | |
| **Gündüz bakım merkezi** | | |
| **Evet** | 30 | 7,5 |
| **Hayır** | **371** | **92,5** |
| **Sosyal aktivite merkezi** | | |
| **Evet** | 41 | 10,2 |
| **Hayır** | **360** | **89,8** |
| **Temizlik hizmetleri** | | |
| **Evet** | **383** | **95,5** |
| **Hayır** | 18 | 4,5 |
| **İlaçlama hizmetleri** | | |
| **Evet** | **368** | **91,8** |
| **Hayır** | 33 | 8,2 |
| **Gereksinim duyulan hizmet modeli** | | |
| **Evde bakım hizmetleri** | | |
| **Evet** | **271** | **67,6** |
| **Hayır** | 130 | 32,4 |
| **Kronik hastalık yönetimi** | | |
| **Evet** | 91 | 22,7 |
| **Hayır** | **310** | **77,3** |
| **Dayanışma mutfağı hizmetleri** | | |
| **Evet** | 77 | 19,2 |
| **Hayır** | **324** | **80,8** |
| **Şefkat evleri** | | |
| **Evet** | 38 | 9,5 |
| **Hayır** | **363** | **90,5** |
| **Kadın sığınma evi** | | |
| **Evet** | 95 | 23,7 |
| **Hayır** | **306** | **76,3** |
| **Aile danışmalık merkezleri** | | |
| **Evet** | 148 | 36,9 |
| **Hayır** | **253** | **63,1** |
| **Engelsiz yaşam evleri** | | |
| **Evet** | 97 | 24,2 |
| **Hayır** | **304** | **75,8** |
| **Sağlık danışmanlığı** | | |
| **Evet** | **274** | **68,3** |
| **Hayır** | 127 | 31,7 |

Tablo 4.12: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ifadelerinin dağılımı (N=401),

| | | Çok kötü n (%) | Biraz kötü n (%) | Ne iyi ne kötü n (%) | Oldukça iyi n (%) | Çok iyi n (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | **Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?** | 14(3,5) | 40(10,0) | **193(48,1)** | 107(26,7) | 47(11,7) |
| | | **Hiç memnun değil n (%)** | **Çok az memnun n (%)** | **Ne memnun ne de değil n (%)** | **Epeyce memnun n (%)** | **Çok memnun n (%)** |
| 2. | **Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?** | 10 (2,5) | 27 (6,7) | **150 (37,4)** | 149 (37,2) | 65 (16,2) |
| | | **Hiç n (%)** | **Çok az n (%)** | **Orta derecede n (%)** | **Çokça n (%)** | **Aşırı derecede n (%)** |
| 3. | **Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?** | 8 (2,0) | 33 (8,2) | 131 (32,7) | 93(23,2) | **136 (33,9)** |
| 4. | **Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?** | 6 (1,5) | 18 (4,5) | 49 (12,2) | 67 (16,7) | **261 (65,1)** |
| 5. | **Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?** | 6 (1,5) | 8 (2,0) | 89 (22,2) | **193 (48,1)** | 105 (26,2) |
| 6. | **Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?** | 4 (1,0) | 15 (3,7) | 87 (21,7) | **192 (47,9)** | 103 (25,7) |
| 7. | **Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?** | 4 (1,0) | 15 (3,7) | 126 (31,4) | **157 (39,2)** | 99 (24,7) |
| 8. | **Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?** | 1 (0,2) | 14 (3,5) | 84 (20,9) | **213 (53,1)** | 89 (22,2) |
| 9. | **Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?** | 4 (1,0) | 27 (6,7) | 143 (35,7) | **175 (43,6)** | 52 (13) |
| 10. | **Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?** | 3 (0,7) | 10 (2,5) | 98 (24,4) | **189 (47,1)** | 101 (25,2) |
| 11. | **Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?** | 6 (1,5) | 20 (5,0) | 90 (22,4) | **167 (41,6)** | 118 (29,4) |
| 12. | **İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?** | 9 (2,2) | 41 (10,2) | **188 (46,9)** | 118 (29,4) | 45 (11,2) |
| 13. | **Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?** | 4 (1,0) | 22 (5,5) | 107 (26,7) | **186 (46,4)** | 39 (9,7) |
| 14. | **Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?** | 22 (5,5) | 62 (15,5) | **162 (40,4)** | 116 (28,9) | 39 (9,7) |

**Tablo 4.12 (devam):** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ifadelerinin dağılımı (N=401),

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Çok kötü n (%)** | **Biraz kötü n (%)** | **Ne iyi ne kötü n (%)** | **Oldukça İyi n (%)** | **Çok iyi n (%)** |
| 15. | **Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?** | 7 (1,7) | 18 (4,5) | 83 (20,7) | **179 (44,6)** | 114 (28,4) |
| | | **Hiç memnun değil n (%)** | **Çok az memnun n (%)** | **Ne memnun ne de değil n (%)** | **Epeyce memnun n (%)** | **Çok memnun n (%)** |
| 16. | **Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?** | 20 (5,0) | 38 (9,5) | 126 (31,4) | **152 (37,9)** | 65 (16,2) |
| 17. | **Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?** | 7 (1,7) | 12 (3,0) | 100 (24,9) | **191 (47,6)** | 91 (22,7) |
| 18. | **İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?** | 0 | 12 (3,0) | 80 (20,0) | **210 (52,4)** | 99 (24,7) |
| 19. | **Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?** | 1 (0,2) | 9 (2,2) | 68 (17, 0) | **208 (51,9)** | 115 (28,7) |
| 20. | **Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?** | 3 (0,7) | 16 (4,0) | 50 (12,5) | **214 (53,4)** | 118 (29,4) |
| 21. | **Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?** | 11 (2,7) | 61 (15,2) | 137 (34,2) | **147 (36,7)** | 45 (11,2) |
| 22. | **Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?** | 3 (0,7) | 25 (6,2) | 78 (19,59 | **200 (49,9)** | 95 (23,7) |
| 23. | **Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?** | 3 (0,7) | 19 (4,7) | 82 (20,4) | **200 (49,9)** | 97 (24,7) |
| 24. | **Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?** | 35 (8,7) | 71 (17,7) | **139 (34,7)** | 110 (27,4) | 46 (11,5) |
| 25. | **Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?** | 54 (13,5) | 62 (15,5) | **119 (29,7)** | 98 (24,4) | 63 (17,0) |
| | | **Hiçbir zaman n (%)** | **Nadiren n (%)** | **Ara sıra n (%)** | **Çoğunlukla n (%)** | **Her zaman n (%)** |
| 26. | **Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?** | 12 (3,0) | 38 (9,7) | **171 (42,6)** | 131 (32,7) | 49 (12,2) |
| | | **Hiç n (%)** | **Çok az n (%)** | **Orta derecede n (%)** | **Çokça n (%)** | **Aşırı derecede n (%)** |
| 27. | **Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?** | **194 (48,4)** | 86 (21,4) | 90 (22,4) | 31 (7,7) | 0 |

*Her ifadedeki en yüksek yüzde değeri koyu olarak belirtildi,*

**Tablo 4.13:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasına ilişkin bulgular (N=401).

| | Min-Max | Ort±SS |
|---|---|---|
| **Fiziksel sağlık** | 0,20-0,90 | 0,63±0,20 |
| **Psikolojik sağlık** | 0,00-0,92 | 0,67±0,12 |
| **Sosyal ilişkiler** | 0,17-1,00 | 0,75±0,17 |
| **Çevre** | 0,09-0,94 | 0,62±0,14 |
| **Genel sağlık** | 0,00-1,00 | 0,63±0,20 |

Dünya Sağlık örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları 0 ile 1 arasında değişmekte olup, ortalama 0,63±0.17'dir. Alt boyutlar arasında en yüksek ortalama sosyal ilişkilerde olup, onu sırasıyla psikolojik sağlık, fiziksel sağlık ve genel sağlık izlemektedir (Tablo 4.13).

## 4.11. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERE GÖRE ARAŞTIRMAYA KATILAN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

### 4.11.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

DSÖ yaşam kalitesi ölçeği kısa form alt boyut ve toplam puan ortalamaları çalışmaya katılan bireylerin yaşanılan bölge, Değirmenlik beldesinde yaşama durumu, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, çocuk sayısı, cinsiyet, eğitim, gelir durumu karşılaştırıldı. Cinsiyet ve medeni duruma göre DSÖ yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Yaşanılan bölgelere göre fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu ($p<0,05$). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda Değirmenlik Alt Bölgesinde yaşayanların (Bahçelievler, Saray, Mehmetçik, Beyköy, Minareliköy, Demirhan), Değirmenlik Üst Bölgesi (Başpınar, Tepebaşı, Camialtı) ($p=0,004$), Alt Mesarya Bölgesi(Balıkesir, Meriç, Gaziköy, Dilekkaya, Kırıkkale, Erdemli, Yiğitler) ($p=0,004$), Üst Mesarya Bölgesi(Cihangir, Düzava, Kalavaç, Çukurova, Yeniceköy) ($p=0,004$), yaşayanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda Değirmenlik Alt Bölgesi (Bahçelievler, Saray, Mehmetçik, Beyköy, Minareliköy, Demirhan), Alt Mesarya Bölgesi(Balıkesir, Meriç, Gaziköy, Dilekkaya, Kırıkkale, Erdemli, Yiğitler) ($p=0,004$), Üst Mesarya Bölgesi(Cihangir, Düzava, Kalavaç, Çukurova, Yeniceköy) bölgelerinde yaşayanların, Değirmenlik Üst Bölgesi (Başpınar, Tepebaşı, Camialtı) ($p=0,037$),

Alt Mesarya Bölgesi(Balıkesir, Meriç, Gaziköy, Dilekkaya, Kırıkkale, Erdemli, Yiğitler) (p=0,037) yaşayanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu.(Tablo 4.14).

Değirmenlik beldesinde yaşama durumuna göre fiziksel sağlık ve genel sağlık toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda, doğduğundan beri Değirmenlik'te yaşayanların, güneyden göçmen olanlar (p=0,026), taşınanlar (p=0,026) ve Türkiye'den göçmen olanların(p=0,026) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda, doğduğundan beri Değirmenlik'te yaşayanların, güneyden göçmen olanlar(p=0,047), taşınanlar(p=0,047) ve Türkiye'den göçmen olanların(p=0,047) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.15).

Yaş gruplarına göre fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda 45-65 yaş grubu olanların, 18-44 yaş grubunda(p=0,002) ve 65 ve üstü yaş grubunda (p=0,002) olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda 18-44 yaş grubunda olanların, 45-65 yaş grubu(p=0,000) ve 65 ve üstü yaş grubunda(p=0,000) olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.16).

Çocuğu olanların sadece genel sağlık skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Çocuk varlığına göre, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.18).

Çocuk sayısı ile yalnızca çevre skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Çocuk sayısına göre fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel sağlık toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda iki çocuklu olan ve çocuğu olmayanların, tek çocuklu (p=0,004) ve üç veya daha fazla çocuklu (p=0,004) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde

yüksek olduğu bulundu. Psikolojik sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; psikolojik sağlık alt boyutunda tek çocuklu, iki çocuklu olan ve çocuğu olmayanların, üç veya daha fazla çocuklu (p=0,004) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda tek çocuklu, iki çocuklu olan ve çocuğu olmayanların, üç veya daha fazla çocuklu (p=0,001) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda çocuğu olmayanların, tek çocuklu (p=0,004), iki çocuklu olan (p=0,004) ve üç veya daha fazla çocuklu(p=0,004) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.19).

Eğitim durumu ile yalnızca fiziksel sağlık arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Eğitim durumuna göre psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre skoru ve genel sağlık toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Psikolojik sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; psikolojik sağlık alt boyutunda ortaokul ve lise ile ön lisans, lisans ve lisansüstü grubunda olanların, ilkokul ve altı grubunda(p=0,004) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda ortaokul ve lise ile ön lisans, lisans ve lisansüstü grubunda olanların, ilkokul ve altı grubunda(p=0,010) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda ortaokul ve lise ile önlisans, lisans ve lisansüstü grubunda olanların, ilkokul ve altı grubunda (p=0,000) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda ortaokul ve lise ile ön lisans, lisans ve lisansüstü grubunda olanların, ilkokul ve altı grubunda(p=0,022) olanlara göre olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.21).

Gelir durumuna göre fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda 5.000-15.000 TL ve 15.000 TL ve üzeri ücret alanların, asgari ücret(p=0,011)

alanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda 5.000-15.000 TL ve 15.000 TL ve üzeri ücret alanların, asgari ücret (p=0,003) alanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.22).

**Tablo 4.14:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaşanılan bölgeye göre karşılaştırılması.

| **Bölge** | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değirmenlik alt**[a] | Ort±SS | 0,63±0,12 | 0,68±0,11 | 0,70±0,16 | 0,63±0,13 | 0,62±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,2-0,8) | 0,67(0,38-0,62) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,38-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Değirmenlik üst**[b] | Ort±SS | 0,57±0,13 | 0,67±0,14 | 0,69±0,17 | 0,63±0,15 | 0,59±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,32-0,89) | 0,67(0,33-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,65(0,32-0,91) | 0,50(0,25-1,00) |
| **Alt mesarya**[c] | Ort±SS | 0,60±0,11 | 0,70±0,12 | 0,71±0,18 | 0,58±0,14 | 0,62±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,61(0,25-0,86) | 0,71(0,42-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,63(0,13-1,00) |
| **Üst mesarya**[d] | Ort±SS | 0,55±0,10 | 0,65±0,14 | 0,65±0,18 | 0,63±0,14 | 0,61±0,22 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,21-0,79) | 0,67(0,00-0,88) | 0,68(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,63(0,00-1,00) |
| | H değeri | 13,446 | 4,922 | 8,476 | 5,900 | 1,174 |
| | P | **0,004** | 0,178 | **0,037** | 0,117 | 0,759 |
| | Fark | **a>b,c,d** | | **a.c>b,d** | | |

**Tablo 4.15:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının Değirmenlik beldesinde yaşama durumu göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Güneyden Göçmen**[a] | Ort±SS | 0,60±0,09 | 0,70±0,12 | 0,65±0,15 | 0,63±0,09 | 0,57±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,50(0,25-1,00) | 0,71(0,46-0,88) | 0,67(0,25-0,83) | 0,65(0,44-0,85) | 0,50(0,35-1,00) |
| **Taşındı**[b] | Ort±SS | 0,54±0,11 | 0,66±0,14 | 0,69±0,17 | 0,59±0,14 | 0,58±0,22 |
| | Ortanca(min-max) | 0,53(0,21-0,79) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,75(0,17-1,00) | 0,50(0,00-1,00) |
| **Türkiye'den Göçmen**[c] | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,66±0,14 | 0,73±0,17 | 0,73±0,17 | 0,60±0,16 |
| | Ortanca(min-max) | 0,53(0,39-0,79) | 0,67(0,38-0,88) | 0,75(0,42-1,00) | 0,75(0,42-1,00) | 0,63(0,25-0,88) |

**Tablo 4.15(devam):** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının Değirmenlik beldesinde yaşama durumu göre karşılaştırılması.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Doğduğun beri Değirmenlik'te yaşıyor[d]** | **Ort±SS** | **0,63±0,20** | **0,68±0,12** | **0,70±0,17** | **0,63±0,15** | **0,63±0,20** |
| | Ortanca(min-max) | 0,63(0,13-1,00) | 0,67(0,33-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| | H değeri | 9,240 | 2,245 | 2,873 | 3,184 | 7,955 |
| | P | **0,026** | 0,523 | 0,412 | 0,364 | **0,047** |
| | Fark | **d>a,b,c** | | | | **d>a,b,c** |

**Tablo 4.16:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaşa göre karşılaştırılması.

| **Yaş** | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **18-44 yaş grubu[a]** | Ort±SS | 0,56±0,12 | 0,68±0,13 | 0,71±0,16 | 0,61±0,14 | 0,62±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,61(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **45-65 yaş grubu[b]** | Ort±SS | 0,60±0,08 | 0,69±0,11 | 0,70±0,16 | 0,63±0,12 | 0,60±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,60(0,43-0,79) | 0,67(0,46-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,41-0,94) | 0,56(0,13-1,00) |
| **65 ve üstü yaş grubu[c]** | Ort±SS | 0,56±0,12 | 0,66±0,13 | 0,62±0,20 | 0,64±0,16 | 0,61±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,55(0,29-0,82) | 0,63(0,38-0,88) | 0,63(0,17-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,50(0,13-1,00) |
| | H değeri | 11,988 | 2,528 | 16,913 | 1,398 | 2,237 |
| | P | **0,002** | 0,283 | **<0,001** | 0,364 | 0,327 |
| | Fark | **b>a,c** | | **a>b,c** | | |

**Tablo 4.17:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evli[a]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,68±0,12 | 0,70±0,12 | 0,63±0,14 | 0,60±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,00-0,92) | 0,61(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Bekar[b]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,66±0,13 | 0,69±0,17 | 0,61±0,14 | 0,64±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 15053,500 | 14001,500 | 15554,000 | 14868,000 | 13739,000 |
| | P | 0.0568 | 0,109 | 0,936 | 0,453 | 0,058 |

**Tablo 4.18:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çocuk varlığına göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yok[a]** | Ort±SS | 0,57±0,12 | 0,68±0,13 | 0,70±0,16 | 0,63±0,13 | 0,65±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Var[b]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,12 | 0,69±0,17 | 0,62±0,14 | 0,60±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 15107,000 | 14660,500 | 14380,500 | 14380,500 | 12450,500 |
| | P | 0,888 | 0,558 | 0,380 | 0,463 | **0,005** |

**Tablo 4.19:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çocuk sayısına göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tek çocuklu[a]** | Ort±SS | 0,55±0,11 | 0,69±0,11 | 0,71±0,14 | 0,57±0,14 | 0,58±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,25-0,79) | 0,67(0,46-0,92) | 0,75(0,50-1,00) | 0,56(0,29-0,88) | 0,50(0,25-1,00) |
| **İki çocuklu[b]** | Ort±SS | 0,59±0,09 | 0,70±0,12 | 0,71±0,16 | 0,64±0,13 | 0,63±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,79) | 0,71(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,65(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Üç veya daha çok çocuklu[c]** | Ort±SS | 0,55±0,12 | 0,63±0,12 | 0,64±0,21 | 0,60±0,15 | 0,56±0,22 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,29-0,82) | 0,63(0,38-0,88) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,32-0,94) | 0,50(0,13-1,00) |
| **Çocuğu yok[d]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,13 | 0,71±0,16 | 0,63±0,13 | 0,65±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | H değeri | 13,523 | 16,591 | 7,218 | 13,138 | 13,367 |
| | P | **0,004** | **0,004** | **0,001** | 0,065 | **0,004** |
| | Fark | **b,d>a,c** | **a,b,d>c** | **a,b,d>c** | | **d>a,b,c** |

**Tablo 4.20:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kadın[a]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,13 | 0,69±0,17 | 0,62±0,14 | 0,60±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Erkek[b]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,70±0,17 | 0,62±0,14 | 0,63±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,70(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 19650,000 | 18533,500 | 18772,000 | 19855,000 | 19193,000 |
| | P | 0.739 | 0,193 | 0,266 | 0,877 | 0,458 |

**Tablo 4.21:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **İlkokul ve altı [a]** | Ort±SS | 0,54±0,11 | 0,65±0,13 | 0,61±0,20 | 0,58±0,12 | 0,56±0,17 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,25-0,82) | 0,61(0,38-0,92) | 0,58(0,25-1,00) | 0,59(0,32-0,94) | 0,50(0,13-1,00) |
| **Ortaokul ve lise[b]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,71±0,16 | 0,63±0,14 | 0,62±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Önlisans + Lisans + Lisansüstü[c]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,73±0,15 | 0,63±0,13 | 0,63±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | H değeri | 8,194 | 8,637 | 23,026 | 6,537 | 6,779 |
| | P | 0,067 | **0,009** | **0,010** | **<0,001** | **0,022** |
| | Fark | | **a<b,c** | **a<b,c** | **a<b,c** | **a<b,c** |

**Tablo 4.22:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Asgari ücret[a]** | Ort±SS | 0,51±0,14 | 0,63±0,18 | 0,60±0,20 | 0,56±0,15 | 0,54±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,52(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,58(0,17-0,92) | 0,57(0,09-0,82) | 0,50(0,00-1,00) |
| **5.000-15.000 TL[b]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,68±0,12 | 0,70±0,16 | 0,63±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,25-0,89) | 0,67(0,33-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| **15.000 TL üstü[c]** | Ort±SS | 0,58±0,10 | 0,69±0,12 | 0,71±0,17 | 0,62±0,13 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,38-0,88) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,35-0,94) | 0,59(0,00-1,00) |
| | H değeri | 9,003 | 4,041 | 11,389 | 4,375 | 5,062 |
| | P | **0,011** | 0,133 | **0,003** | 0,112 | 0,080 |
| | Fark | **a<b,c** | | **a<b,c** | | |

### 4.11.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Çalışma Özellikleri ile Karşılaştırılması

Çalışma durumu sadece psikolojik sağlık skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Çalışma durumuna göre, fiziksel sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Çalışma saatine göre genel sağlık ve çevre skoru toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda 40 saat ve üzeri çalışanların, 20 saatten az çalışanlar ve 20-39 saat çalışanlara göre(p=0,003) alanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda 20-39 saat çalışanların, 20 saatten az çalışanlar ve 40 saat ve üzeri çalışanlara göre (p=0,004) alanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.24).

Sağlık güvencesi sadece psikolojik sağlık skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Sağlık güvencesi varlığına göre, fiziksel sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.25).

Geçim durumu fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05).(Tablo 4.26).

Gelirin yeterli olma durumu sadece fiziksel sağlık skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı (p>0,05). Gelirin yeterli olma durumuna göre, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.27).

**Tablo 4.23:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Çalışıyor[a]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,12 | 0,71±0,15 | 0,62±0,14 | 0,61±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Çalışmıyor[b]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,13 | 0,66±0,19 | 0,63±0,14 | 0,62±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,29-0,86) | 0,67(0,33-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| | U değeri | 17528,000 | 16289,500 | 14604,500 | 14604,500 | 17528,000 |
| | P | 0.900 | 0,245 | **0,009** | 0,511 | 0,988 |

**Tablo 4.24:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışma saatine göre karşılaştırılması.

| Değişkenler | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **20 saaten az[a]** | Ort±SS | 0,57±0,14 | 0,63±0,20 | 0,69±0,20 | 0,61±0,14 | 0,58±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,55(0,21-0,75) | 0,65(0,00-0,83) | 0,75(0,17-1,00) | 0,61(0,09-0,94) | 0,62(0,09-0,82) |
| **20-39 saat arası[b]** | Ort±SS | 0,59±0,10 | 0,70±0,10 | 0,74±0,15 | 0,63±0,12 | 0,66±0,12 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,36-0,79) | 0,67(0,50-0,88) | 0,75(0,33-1,00) | 0,62(0,41-0,94) | 0,65(0,41-0,94) |
| **40 saatten fazla** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,12 | 0,73±0,14 | 0,64±0,16 | 0,60±0,13 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,33-0,92) | 0,74(0,33-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,59(0,29-0,94) |
| | H değeri | 11,654 | 1,393 | 1,492 | 0,495 | 10,811 |
| | P | 0,781 | 0,474 | 0,498 | **0,003** | **0,004** |
| | Fark | | | | **c>a,b** | **b>a,c** |

**Tablo 4.25:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sağlık güvencesi durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yok[a]** | Ort±SS | 0,58±0,09 | 0,69±0,12 | 0,74±0,16 | 0,60±0,10 | 0,64±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,36-0,79) | 0,67(0,46-0,92) | 0,75(0,42-1,00) | 0,62(0,41-0,82) | 0,63(0,13-1,00) |
| **Var[b]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,13 | 0,69±0,17 | 0,62±0,15 | 0,61±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 8243,500 | 8597,500 | 7091,500 | 7977,000 | 7642,500 |
| | P | 0.164 | 0,918 | **0,033** | 0,356 | 0,164 |

**Tablo 4.26:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gelir algısı durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gelir geçime yetiyor** | Ort±SS | 0,59±0,10 | 0,70±0,11 | 0,71±0,16 | 0,66±0,14 | 0,59±0,10 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,70(0,29-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,65(0,35-0,94) | 0,57(0,21-0,82) |
| **Gelir geçime yetmiyor** | Ort±SS | 0,55±0,12 | 0,65±0,13 | 0,67±0,18 | 0,57±0,12 | 0,55±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,53(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,85) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 16192,000 | 15105,500 | 17630,500 | 17630,500 | 13723,500 |
| | P | **0.001** | **<0,001** | **0,043** | **<0,001** | **<0,001** |

**Tablo 4.27:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gelirin yeterli olma durumuna göre karşılaştırılması**.**

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet**[a] | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,70±0,11 | 0,74±0,14 | 0,67±0,15 | 0,69±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,70(0,38-0,88) | 0,75(0,25-1,00) | 0,68(0,32-0,94) | 0,75(0,00-1,00) |
| **Kısmen veya hayır**[b] | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,13 | 0,68±0,17 | 0,59±0,12 | 0,57±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,94) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 12596,500 | 11326,000 | 11095,000 | 11095,000 | 9026,500 |
| | P | 0.201 | **0,007** | **0,003** | **<0,001** | **<0,001** |

### 4.11.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşanılan Konut Özellikleri ile Karşılaştırılması

Evde birlikte yaşanılan kişilerin, genel sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda eşi ve çocukları ile yaşayanlar ile ailesi ile yaşayanların, yalnız yaşayanların (p=0,005) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda eşi ve çocukları ile yaşayanlar ile ailesi ile yaşayanların, yalnız yaşayanların (p=0,006) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu(Tablo 4.28).

Yaşanan konut durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre skoru toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda ailesine ait ve kendine ait olanların, kirada kalanların (p=0,001) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda yaşana konut ailesine ait ve kendine ait olanların, kirada kalanların (p=0,003) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Psikolojik sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; psikolojik sağlık alt boyutunda ailesine ait ve kendine ait olanların, kirada kalanların (p=0,010) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu(Tablo 4.29).

**Tablo 4.28:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının evde birlikte yaşanılan kişilere göre karşılaştırılması**.**

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yalnız$_a$** | Ort±SS | 0,56±0,09 | 0,64±0,10 | 0,61±0,17 | 0,61±0,12 | 0,59±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,36-0,71) | 0,63(0,42-0,83) | 0,58(0,17-1,00) | 0,59(0,29-0,82) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Eş ve çocuklar$_b$** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,12 | 0,70±0,17 | 0,62±0,14 | 0,60±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Ailesi ile birlikte$_c$** | Ort±SS | 0,57±0,12 | 0,69±0,13 | 0,72±0,16 | 0,64±0,14 | 0,68±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,35-0,94) | 0,75(0,00-1,00) |
| | H değeri | 1,173 | 3,724 | 10,169 | 1,210 | 10,503 |
| | P | 0,556 | 0,155 | **0,006** | 0,546 | **0,005** |
| | Fark | | | **a<b,c** | | **a<b,c** |

Konutta kendine ait oda olması durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.30).

Yaşadığı evde güvende hissetme durumu, sadece genel sağlık skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı($p>0,05$). Yaşadığı evde güvende hissetme durumuna göre, psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.31).

**Tablo 4.29:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaşanılan konutun durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kendime ait$_a$** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,11 | 0,71±0,16 | 0,71±0,16 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,38-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,35-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Kira$_b$** | Ort±SS | 0,50±0,10 | 0,62±0,15 | 0,62±0,24 | 0,53±0,14 | 0,54±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,50(0,32-0,75) | 0,60(0,29-0,88) | 0,63(0,25-1,00) | 0,51(0,29-0,79) | 0,50(0,25-1,00) |
| **Aileme ait$_c$** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,66±0,14 | 0,69±0,17 | 0,61±0,13 | 0,61±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,60(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | H değeri | 13,615 | 9,134 | 3,338 | 11,350 | 4,120 |
| | P | **0,001** | **0,010** | 0,188 | **0,003** | 0,127 |
| | Fark | **b<a,c** | **b<a,c** | | **b<a,c** | |

**Tablo 4.30:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının konutta kendine ait odanın olma durumuna göre karşılaştırılması**.**

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet**[a] | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,68±0,12 | 0,70±0,16 | 0,63±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,61(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Hayır**[b] | Ort±SS | 0,53±0,12 | 0,62±0,12 | 0,58±0,19 | 0,51±0,12 | 0,53±0,17 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,32-0,86) | 0,63(0,29-0,92) | 0,58(0,25-0,83) | 0,53(0,29-0,76) | 0,50(0,25-1,00) |
| | U değeri | 4120,500 | 3654,500 | 3574,500 | 2795,000 | 3915,000 |
| | P | **0,033** | **0,004** | **0,002** | **0,000** | **0,012** |

**Tablo 4.31:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaşadığı evde güvende hissetme durumuna göre karşılaştırılması**.**

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet**[a] | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,70±0,16 | 0,63±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Kısmen veya hayır**[b] | Ort±SS | 0,53±0,10 | 0,63±0,14 | 0,63±0,20 | 0,55±0,14 | 0,58±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,21-0,71) | 0,63(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,82) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 7069,000 | 6612,500 | 6765,500 | 6450,500 | 7908,000 |
| | p | **0,016** | **0,003** | **0,004** | **0,001** | 0,179 |

### 4.11.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Besinlerle İlgili Özellikleri ile Karşılaştırılması

Sağlıklı besinlere ulaşma durumu sadece çevre skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlıklı besinlere ulaşma durumuna göre, fiziksel sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.32).

**Tablo 4.32:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sağlıklı besinlere ulaşma durumuna göre karşılaştırılması**.**

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet**[a] | Ort±SS | 0,55±0,12 | 0,67±0,12 | 0,67±0,14 | 0,57±0,13 | 0,58±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,21-0,79) | 0,67(0,33-0,92) | 0,67(0,42-1,00) | 0,56(0,36-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Kısmen veya hayır**[b] | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,63±0,14 | 0,70±0,17 | 0,63±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,63(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 9324,000 | 10316,000 | 9489,500 | 8172,000 | 9623,500 |
| | P | 0,084 | 0,580 | 0,120 | **0,002** | 0,163 |

### 4.11.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Ulaşımla İlgili Özellikleri ile Karşılaştırılması

Ulaşım aracı kullanım durumu, sadece çevre skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı(p>0,05). Ulaşım aracı kullanım durumu durumuna göre, psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve genel sağlık skoru puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.33).

**Tablo 4.33:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ulaşım aracı kullanım durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kendime ait[a]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,68±0,12 | 0,71±0,16 | 0,63±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Diğer(toplu taşıma,işyerine ait vs)** | Ort±SS | 0,55±0,12 | 0,64±0,11 | 0,61±0,20 | 0,56±0,12 | 0,57±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,25-0,86) | 0,63(0,33-0,88) | 0,58(0,25-1,00) | 0,56(0,29-0,79) | 0,50(0,25-1,00) |
| | U değeri | 7341,000 | 6560,500 | 6080,000 | 6080,000 | 7059,000 |
| | P | **0.001** | **0,001** | **0,006** | 0,090 | **0,035** |

### 4.11.6. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin İnsanlarla Olan İlişkilerine ilişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması

Yakın arkadaşlarla düzenli görüşme sadece sosyal ilişkiler toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Sağlıklı besinlere ulaşma durumuna göre, fiziksel sağlık, genel sağlık, çevre skoru ve psikolojik sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.34).

İnsanlarla bir arada olmaktan hoşnut olma durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.35).

Aile ile görüşme sıklığı, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru toplam puan ortalamalarının istatistiksel açısından anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (p<0,05). Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda ailesi ile her gün ve en az ayda bir kez görüşenlerin, sadece özel günlerde görüşenler ve hiç görüşmeyenlerin(p=0,023) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda ailesi ile her gün ve en az ayda bir kez görüşenlerin,

sadece özel günlerde görüşenler ve hiç görüşmeyenlerin(p=0,004) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda ailesi ile her gün ve en az ayda bir kez görüşenlerin, sadece özel günlerde görüşenler ve hiç görüşmeyenlerin(p=0,001) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.36).

**Tablo 4.34:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yakın arkadaşlarla düzenli görüşme durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet$_a$** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,72±0,13 | 0,62±0,13 | 0,61±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,91) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Hayır$_b$** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,13 | 0,68±0,19 | 0,62±0,14 | 0,61±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 17044,500 | 15960,500 | 16212,500 | 18017,500 | 18029,500 |
| | P | 0.777 | 0,051 | **0,032** | 0,243 | 0,783 |

**Tablo 4.35:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının insanlarla bir arada olmaktan hoşnut olma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet$_a$** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,71±0,17 | 0,63±0,14 | 0,63±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,25-0,89) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| **Hayır$_b$** | Ort±SS | 0,54±0,20 | 0,64±0,14 | 0,65±0,18 | 0,59±0,14 | 0,56±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,21-0,79) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 10593,000 | 11159,000 | 11127,500 | 11783,000 | 11141,500 |
| | P | **0.001** | **0,006** | **0,005** | **0,038** | **0,005** |

**Tablo 4.36:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının aile ile görüşme sıklığına göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hergün$_a$** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,69±0,13 | 0,71±0,17 | 0,63±0,14 | 0,63±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,68(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **En az ayda 1 kez$_b$** | Ort±SS | 0,57±0,10 | 0,67±0,12 | 0,69±0,15 | 0,61±0,13 | 0,60±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,29-0,79) | 0,67(0,38-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,59(0,29-0,88) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Özel günlerde veya hiç$_c$** | Ort±SS | 0,53±0,15 | 0,64±0,14 | 0,57±0,20 | 0,52±0,14 | 0,51±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,53(0,21-0,75) | 0,63(0,33-0,83) | 0,58(0,25-0,92) | 0,53(0,32-0,79) | 0,50(0,00-1,00) |
| | H değeri | 2,635 | 4,198 | 10,896 | 13,877 | 7,569 |
| | P | 0,208 | 0,123 | **0,004** | **0,001** | **0,023** |
| | Fark | | | **a,b>c** | **a,b>c** | **a,b>c** |

### 4.11.7. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Serbest Zaman Değerlendirmeye ilişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması

Serbest zamanlarda sportif faaliyet yapma psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Serbest zamanlarda sportif faaliyet yapma durumuna göre, fiziksel sağlık, genel sağlık ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.37).

Serbest zamanlarda hobi ile uğraşma fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Serbest zamanlarda hobi ile uğraşma durumuna göre, psikolojik sağlık, genel sağlık ve çevre skoru puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.38).

Serbest zamanlarda aile/arkadaş ile görüşme, sadece genel sağlık toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Serbest zamanlarda aile/arkadaş ile görüşme durumuna göre, fiziksel sağlık, çevre skoru, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Serbest zamanlarda dinlenmeyi tercih etme genel sağlık ve çevre skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Serbest zamanlarda dinlenmeyi tercih etme durumuna göre, psikolojik sağlık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.39).

**Tablo 4.37:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının serbest zamanlarda sportif faaliyet yapma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,58±0,10 | 0,71±0,12 | 0,74±0,15 | 0,63±0,12 | 0,63±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,39-0,89) | 0,71(0,42-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,38-0,88) | 0,63(0,13-1,00) |
| **Hayır** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,12 | 0,68±0,17 | 0,62±0,14 | 0,61±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 12509,000 | 10372,500 | 10372,500 | 12248,000 | 11947,000 |
| | P | 0.540 | **0,004** | **0,001** | 0,374 | 0,7216 |

**Tablo 4.38:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının serbest zamanlarda hobi ile uğraşma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,60±0,11 | 0,70±0,12 | 0,73±0,17 | 0,60±0,13 | 0,60±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,38-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Hayır** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,12 | 0,68±0,17 | 0,62±0,14 | 0,62±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 12687,000 | 14141,500 | 12623,500 | 14177,500 | 15347,500 |
| | P | **0.006** | 0,198 | **0,005** | 0,212 | 0,923 |

**Tablo 4.39:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının serbest zamanlarda aile/arkadaş ile görüşme durumuna göre karşılaştırılması**.**

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,59±0,09 | 0,69±0,10 | 0,71±0,14 | 0,63±0,13 | 0,64±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,39-0,82) | 0,67(0,33-0,92) | 0,75(0,33-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Hayır** | Ort±SS | 0,56±0,13 | 0,67±0,14 | 0,68±0,20 | 0,60±0,15 | 0,59±0,22 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 18298,500 | 18485,000 | 18621,000 | 18568,500 | 17431,000 |
| | P | 0.123 | 0,167 | 0,199 | 0,192 | **0,020** |

**Tablo 4.40:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının serbest zamanlarda dinlenmeyi tercih etme durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,56±0,11 | 0,67±0,11 | 0,69±0,17 | 0,59±0,12 | 0,58±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,29-0,79) | 0,67(0,33-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,59(0,29-0,88) | 0,50(0,13-1,00) |
| **Hayır** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,13 | 0,70±0,17 | 0,64±0,15 | 0,63±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,65(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 16738,500 | 16892,000 | 17977,500 | 15283,500 | 16374,000 |
| | P | 0.051 | 0,070 | 0,391 | **0,001** | **0,021** |

### 4.11.8. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Fiziksel Durumlarına ilişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması

Gün içerisinde stres hissetme sıklığı, sadece sosyal ilişkiler toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunamadı (p>0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda gün içerisinde çok fazla ve sık sık hissedenlerin, bazen hissedenler ve çok az veya hiç stresli hissetmeyenlerin(p=0,002) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Psikolojik sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; psikolojik sağlık alt boyutunda gün içerisinde çok fazla ve sık sık hissedenlerin, bazen hissedenler ve çok

az veya hiç stresli hissetmeyenlerin(p=0,001) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda gün içerisinde çok fazla ve sık sık hissedenlerin, bazen hissedenler ve çok az veya hiç stresli hissetmeyenlerin(p=0,000) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. (p=0,000) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda gün içerisinde çok fazla ve sık sık hissedenlerin, bazen hissedenler ve çok az veya hiç stresli hissetmeyenlerin(p=0,000) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. (p=0,000) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.41).

Sigara ve alkol kullanma durumu, sadece psikolojik sağlık toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunamadı (p>0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda, alkol kullanan, her ikisini de kullanan, sigara ve alkol kullanmayanların, sigara kullananların(p=0,010) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda her ikisini de kullanan, alkol kullanan, sigara ve alkol kullanmayanların, sigara kullananların (p=0,001) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda her ikisini de kullanan, alkol kullanan, sigara ve alkol kullanmayanların, sigara kullananların(p=0,002) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. (p=0,000) Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda her ikisini de kullanan, alkol kullanan, sigara ve alkol kullanmayanların, sigara kullananların(p=0,048) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.42).

Fiziksel aktivite yapma durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.43).

Fiziksel aktivite yapma sıklığı, sadece sosyal ilişkiler toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunamadı (p>0,05). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda her gün, haftada 2-3 kez, haftada 4-5 kez, haftada 1 kez yapanların, yapmayanların (p=0,000) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Psikolojik sağlık alt boyutunda,

anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; psikolojik sağlık alt boyutunda her gün, haftada 2-3 kez, haftada 4-5 kez, haftada 1 kez yapanların, yapmayanların (p=0,000) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda her gün, haftada 2-3 kez, haftada 4-5 kez, haftada 1 kez yapanların, yapmayanların(p=0,006) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda gün içerisinde her gün, haftada 2-3 kez, haftada 4-5 kez, haftada 1 kez yapanların, yapmayanların (p=0,003) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.44).

**Tablo 4.41:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının stres hissetme sıklığına göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **çok fazla veya sık sık$_a$** | Ort±SS | 0,54±0,13 | 0,65±0,14 | 0,68±0,17 | 0,57±0,14 | 0,53±0,22 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,50(0,00-1,00) |
| **Bazen$_b$** | Ort±SS | 0,57±0,09 | 0,67±0,11 | 0,70±0,16 | 0,62±0,12 | 0,62±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,36-0,89) | 0,67(0,33-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| **Çok az veya hiç$_c$** | Ort±SS | 0,60±0,11 | 0,72±0,13 | 0,70±0,19 | 0,67±0,16 | 0,69±0,17 |
| | Ortanca(min-max) | 0,60(0,32-0,82) | 0,75(0,29-0,88) | 0,75(0,25-1,00) | 0,68(0,32-0,94) | 0,75(0,25-1,00) |
| | H değeri | 12,490 | 14,818 | 1,445 | 21,720 | 31,220 |
| | P | **0,002** | **0,001** | 0,485 | **0,000** | **0,000** |
| | Fark | **c>a,b** | **c>a,b** | | **c>a,b** | **c>a,b** |

**Tablo 4.42:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Alkol$_a$** | Ort±SS | 0,63±0,18 | 0,69±0,10 | 0,67±0,13 | 0,62±0,12 | 0,63±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,63(0,25-1,00) | 0,71(0,42-0,88) | 0,67(0,42-1,00) | 0,62(0,29-0,82) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Sigara$_b$** | Ort±SS | 0,52±0,18 | 0,66±0,12 | 0,62±0,20 | 0,53±0,12 | 0,52±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,50(0, ,25-1,00) | 0,63(0,50-0,88) | 0,67(0,25-0,92) | 0,53(0,32-0,76) | 0,50(0,25-1,00) |
| **Her ikiside$_c$** | Ort±SS | 0,63±0,23 | 0,70±0,13 | 0,75±0,16 | 0,65±0,15 | 0,63±0,23 |
| | Ortanca(min-max) | 0,63(0,00-1,00) | 0,71(0,29-0,92) | 0,75(0,33-1,00) | 0,65(0,32-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |

**Tablo 4.42 (devam):** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması.

| **Sigara ve alkol kullanmama[d]** | **Ort±SS** | **0,57±0,11** | **0,67±0,13** | **0,69±0,17** | **0,62±0,14** | **0,62±0,19** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | H değeri | 11,308 | 4,669 | 15,754 | 15,242 | 7,899 |
| | P | **0,010** | 0,198 | **0,001** | **0,002** | **0,048** |
| | Fark | **a,c,d>b** | | **a,c,d>b** | **a,c,d>b** | **a,c,d>b** |

**Tablo 4.43:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının fiziksel aktivite yapma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,59±0,10 | 0,71±0,11 | 0,72±0,14 | 0,65±0,14 | 0,65±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,71(0,38-0,92) | 0,75(0,42-1,00) | 0,65(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Hayır** | Ort±SS | 0,55±0,12 | 0,65±0,13 | 0,67±0,19 | 0,60±0,14 | 0,59±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,94) | 0,50(0,13-1,00) |
| | U değeri | 15686,500 | 14654,000 | 16402,000 | 15313,000 | 15707,500 |
| | P | **0.001** | **0,000** | **0,005** | **<0,001<** | **0,001** |

**Tablo 4.44:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının fiziksel aktivite sıklığına göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Her gün[a]** | Ort±SS | 0,65±0,09 | 0,72±0,13 | 0,69±0,13 | 0,68±0,124 | 0,73±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,64(0,46-0,82) | 0,75(0,50-0,92) | 0,75(0,50-1,00) | 0,64(0,50-0,94) | 0,62(0,38-1,00) |
| **Haftada 2-3 kez[b]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,70±0,11 | 0,73±0,13 | 0,64±0,13 | 0,62±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,71(0,38-0,88) | 0,75(0,42-1,00) | 0,65(0,32-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Haftada 4-5 kez[c]** | Ort±SS | 0,61±0,09 | 0,75±0,09 | 0,73±0,15 | 0,63±0,14 | 0,65±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,63(0,46-0,79) | 0,77(0,54-0,88) | 0,75(0,42-1,00) | 0,60(0,44-0,88) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Haftada 1 kez[d]** | Ort±SS | 0,56±0,09 | 0,70±0,11 | 0,70±0,15 | 0,65±0,15 | 0,65±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,36-0,79) | 0,69(0,50-0,92) | 0,75(0,42-1,00) | 0,65(0,29-0,94) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Yapmıyor[e]** | Ort±SS | 0,55±0,12 | 0,65±0,13 | 0,68±0,19 | 0,60±0,14 | 0,58±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,94) | 0,50(0,00-1,00) |
| | H değeri | 20,568 | 20,953 | 8,425 | 14,326 | 16,310 |
| | P | **<0,0010** | **<0,0010** | 0,077 | **0,006** | **0,003** |
| | Fark | **d,c,b,a>e** | **d,c,b,a>e** | | **d,c,b,a>e** | **d,c,b,a>e** |

### 4.11.9. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaşanılan Bölgenin Durumuna İlişkin Özellikleri ile Karşılaştırılması

Güvenli aktivite alanı varlığı, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.45).

Yeterli yeşil alan varlığı, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 4.46).

Çevre sağlığı sıkıntısı durumu, sadece psikolojik sağlık toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Çevre sağlığı sıkıntısı durumuna göre, fiziksel sağlık, çevre skoru, sosyal ilişkiler ve genel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.47).

Bölgede güvenli hissetme durumu, psikolojik sağlık ve çevre skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,05). Bölgede güvenli hissetme durumuna göre, genel sağlık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.48).

**Tablo 4.45:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının güvenli aktivite alanı varlığına göre karşılaştırılması.

| | | **Fiziksel** | **Psikolojik** | **Sosyal ilişkiler** | **Çevre** | **Genel sağlık** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,60±0,11 | 0,70±0,12 | 0,72±0,17 | 0,68±0,15 | 0,65±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,61(0,13-1,00) | 0,71(0,29-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,65(0,32-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| **Kısmen veya hayır** | Ort±SS | 0,55±0,11 | 0,66±0,13 | 0,68±0,17 | 0,58±0,12 | 0,59±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 15504,500 | 15661,500 | 15924,500 | 12225,500 | 16740,000 |
| | P | **0,001** | **0,001** | **0,002** | **<0,001** | **0,017** |

**Tablo 4.46:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yeterli yeşil alan varlığına göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,61±0,11 | 0,72±0,12 | 0,75±0,17 | 0,70±0,16 | 0,69±0,23 |
| | Ortanca(min-max) | 0,61(0,32-0,82) | 0,71(0,29-0,89) | 0,75(0,25-1,00) | 0,71(0,32-0,94) | 0,75(0,13-1,00) |
| **Kısmen veya hayır** | Ort±SS | 0,56±0,11 | 0,67±0,12 | 0,67±0,17 | 0,59±0,12 | 0,59±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 11740,500 | 11928,000 | 11309,500 | 8700,000 | 11428,000 |
| | P | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** |

**Tablo 4.47:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çevre sağlığı sıkıntısı durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,58±0,12 | 0,69±0,15 | 0,69±0,18 | 0,62±0,15 | 0,60±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,71(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Kısmen veya hayır** | Ort±SS | 0,57±0,10 | 0,67±0,11 | 0,70±0,16 | 0,62±0,13 | 0,62±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,29-0,82) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,25-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,13-1,00) |
| | U değeri | 18448,500 | 16125,000 | 18708,000 | 18757,500 | 17897,500 |
| | P | 0,770 | **0,018** | 0,952 | 0,988 | 0,424 |

**Tablo 4.48:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının bölgede güvenli hissetme durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet$_a$** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,12 | 0,70±0,17 | 0,63±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,67(0,29-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,29-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Kısmen veya hayır$_b$** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,64±0,14 | 0,67±0,16 | 0,58±0,13 | 0,60±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,85) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 13186,000 | 11130,000 | 12040,500 | 11859,500 | 13260,000 |
| | P | 0,540 | **0,006** | 0,066 | **0,046** | 0,586 |

### 4.11.10. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Katılan Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri İle Karşılaştırılması

Sağlık hizmetlerine ulaşımdan memnuniyet durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.49).

Kronik hastalık varlığı, sadece psikolojik sağlık toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Kronik hastalık varlığı göre, fiziksel sağlık, çevre skoru, sosyal ilişkiler ve genel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.50).

Sağlık kontrollerini yaptırma sıklığı, sadece fiziksel sağlık toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunamadı ($p>0,05$). Psikolojik sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; psikolojik sağlık alt boyutunda yılda 1-2 kez veya semptom yaşadığı zaman yapanların, yaptırmayanların($p=0,007$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Sosyal ilişkiler alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; sosyal ilişkiler alt boyutunda yılda 1-2 kez veya semptom yaşadığı zaman yapanların, yaptırmayanların($p=0,027$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda yılda 1-2 kez veya semptom yaşadığı zaman yapanların, yaptırmayanların ($p=0,000$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda gün içerisinde yılda 1-2 kez veya semptom yaşadığı zaman yapanların, yaptırmayanların($p=0,001$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.51).

Özel kurumlara başvuranların, kamu kurumlarına başvuranlara göre, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, genel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skoru puan ortalamaları skoru toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.52).

Sağlık sorunlarında geleneksel yöntem kullanma durumu, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunamadı ($p>0,05$). Fiziksel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; fiziksel sağlık alt boyutunda her zaman veya bazen kullananların, kullanmayanların($p=0,008$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Çevre skoru alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; çevre skoru alt boyutunda her zaman veya bazen kullananların, kullanmayanların($p=0,001$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Genel sağlık alt boyutunda, anlamlılığın tespiti için Kruskal Wallis H testi sonucunda; genel sağlık alt boyutunda her zaman veya bazen kullananların, kullanmayanların($p=0,019$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.53).

**Tablo 4.49:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sağlık hizmetlerine ulaşımdan memnuiyet durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet[a]** | Ort±SS | 0,59±0,12 | 0,71±0,11 | 0,72±0,18 | 0,67±0,15 | 0,64±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,86) | 0,71(0,38-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,65(0,32-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Kısmen veya hayır[b]** | Ort±SS | 0,56±0,10 | 0,65±0,13 | 0,67±0,16 | 0,58±0,12 | 0,59±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,88) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 17471,000 | 14261,500 | 16027,000 | 12685,000 | 17284,500 |
| | P | **0,049** | **<0,001** | **0,001** | **<0,001** | **0,030** |

**Tablo 4.50:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yok** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,12 | 0,71±0,16 | 0,61±0,14 | 0,62±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,62(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Var** | Ort±SS | 0,57±0,12 | 0,68±0,13 | 0,67±0,19 | 0,64±0,15 | 0,59±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,38-0,88) | 0,67(0,17-1,00) | 0,62(0,32-0,94) | 0,50(0,00-1,00) |
| | U değeri | 15401,000 | 15636,500 | 13262,500 | 14721,000 | 14009,000 |
| | P | 0,681 | 0,856 | **0,011** | 0,284 | 0,072 |

**Tablo 4.51:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sağlık kontrollerini yaptırma durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaptırmıyorum[a]** | Ort±SS | 0,54±0,14 | 0,61±0,13 | 0,62±0,22 | 0,48±0,12 | 0,49±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,32-0,86) | 0,60(0,33-0,88) | 0,63(0,25-1,00) | 0,50(0,29-0,82) | 0,50(0,25-1,00) |
| **Yılda 1 veya 2 kez[b]** | Ort±SS | 0,58±0,11 | 0,69±0,14 | 0,72±0,16 | 0,64±0,15 | 0,63±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,65(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| **Semptom yaşadığım zaman[c]** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,68±0,10 | 0,68±0,16 | 0,61±0,12 | 0,51±0,18 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,79) | 0,67(0,38-0,92) | 0,750,25-1,00) | 0,62(0,35-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | H değeri | 4,869 | 10,001 | 7,217 | 38,557 | 14,333 |
| | P | 0,088 | **0,007** | **0,027** | **<0,001** | **0,001** |
| | Fark | | **b,c>a** | **b,c>a** | **b,c>a** | **b,c>a** |

**Tablo 4.52:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının tercih edilen sağlık kurumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kamu** | Ort±SS | 0,53±0,12 | 0,64±0,13 | 0,64±0,18 | 0,58±0,13 | 0,55±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,54(0,21-0,89) | 0,63(0,29-0,92) | 0,67(0,17-1,00) | 0,56(0,29-0,94) | 0,50(0,00-1,00) |
| **Özel** | Ort±SS | 0,60±0,10 | 0,71±0,12 | 0,74±0,15 | 0,65±0,14 | 0,66±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,70(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,64(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 12610,500 | 13309,500 | 12850,500 | 13904,500 | 13592,000 |
| | P | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** |

**Tablo 4.53:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sağlık sorunlarında geleneksel yöntem kullanımına göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Her zaman veya bazen** | Ort±SS | 0,59±0,11 | 0,69±0,11 | 0,70±0,17 | 0,64±0,17 | 0,64±0,20 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,29-0,89) | 0,67(0,38-0,88) | 0,75(0,25-1,00) | 0,64(0,32-0,94) | 0,63(0,25-1,00) |
| **Hiçbir zaman** | Ort±SS | 0,56±0,11 | 0,67±0,14 | 0,69±0,17 | 0,59±0,13 | 0,58±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,82) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,91) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 17056,500 | 18191,500 | 19796,500 | 16306,000 | 17446,000 |
| | P | **0,008** | 0,098 | 0,790 | **0,001** | **0,019** |

### 4.11.11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Katılan Bireylerin Yaşanılan Bölgede Sunulan Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Durumu ile Karşılaştırılması

Sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, sadece fiziksel sağlık toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, psikolojik sağlık, çevre skoru, sosyal ilişkiler ve genel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.54)

**Tablo 4.54:** Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumuna göre karşılaştırılması.

| | | Fiziksel | Psikolojik | Sosyal ilişkiler | Çevre | Genel sağlık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Evet** | Ort±SS | 0,58±0,12 | 0,70±0,12 | 0,72±0,17 | 0,70±0,16 | 0,70±0,21 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,29-0,82) | 0,71(0,29-0,88) | 0,75(0,25-1,00) | 0,70(0,32-0,94) | 0,75(0,25-1,00) |
| **Hayır** | Ort±SS | 0,57±0,11 | 0,67±0,13 | 0,69±0,17 | 0,60±0,13 | 0,59±0,19 |
| | Ortanca(min-max) | 0,57(0,21-0,89) | 0,67(0,00-0,92) | 0,75(0,17-1,00) | 0,59(0,09-0,94) | 0,63(0,00-1,00) |
| | U değeri | 13451,000 | 11533,500 | 11757,000 | 8536,000 | 9929,500 |
| | P | 0,827 | **0,025** | **0,042** | **<0,001** | **<0,001** |

## 4.12. NİTEL BULGULAR

### 4.12.1. Yerel Yöneticiler ve Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Araştırmaya Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde hizmet veren üç sağlık ocağında çalışan toplam üç hemşire ve iki hekim, Belediye Sağlık Şubesinden bir sağlık çalışanı ve bir diyetisyen ve belediye yönetiminden bir yönetici, beş meclis üyesi ve beş bölge muhtarı olmak üzere toplam 18 kişi katıldı (n=18). Katılımcıların özellikleri Tablo…'de sunuldu. Katılımcıların 7'si kadın 10'u erkek olup yaşları 33 ile 74 arasındadır. Kurumda çalışma yılları 3 ile 25 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların 3'ü ilkokul, 6'sı lise, 2 ön lisans 7'si lisans mezunudur. Görüşmeler en az 14 dakika, en çok 45 dakika ortalama 20 dakika sürdü (Tablo 4.55).

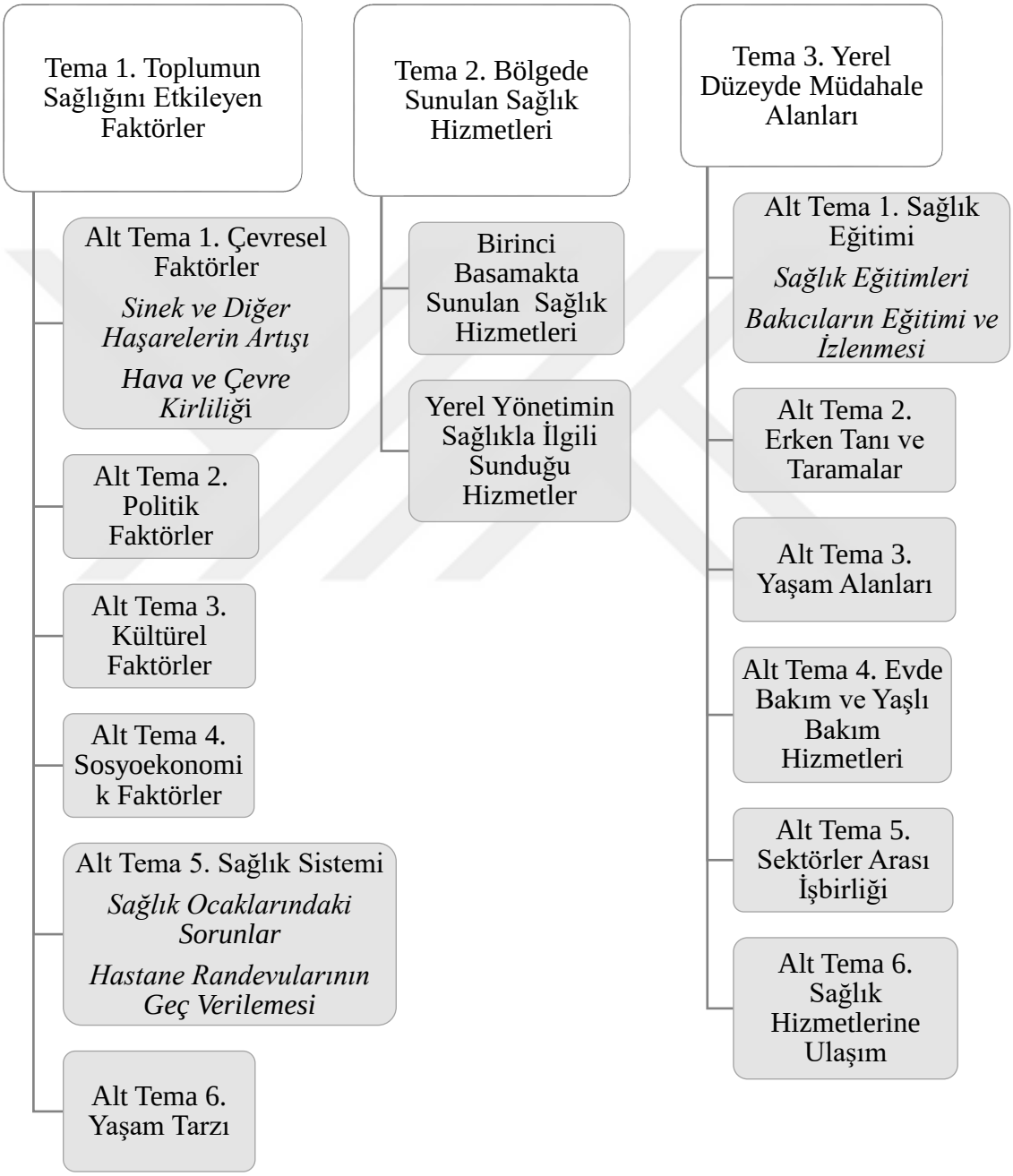
**Tablo 4.55:** Katılımcıların özellikleri (N=18).

| Kod | Yaş | Cinsiyet | Eğitim | Görevi | Kurumda Çalışma yılı | Görüşme süresi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sağlık çalışanı 1** | 47 | K | Lise | Hemşire | 8 | 17 dakika |
| **Sağlık çalışanı 2** | 42 | K | Lisans | Hemşire | 5 | 23 dakika |
| **Sağlık çalışanı 3** | 41 | K | Ön lisans | Hemşire | 13 | 15 dakika |
| **Sağlık çalışanı 4** | 56 | E | Lisans | Pratisyen hekim | 22 | 30 dakika |
| **Sağlık çalışanı 5** | 42 | K | Lisans | Pratisyen hekim | 8 | 45 dakika |
| **Sağlık çalışanı 6** | 27 | E | Ön lisans | Sağlık personeli | 3 | 15 dakika |
| **Sağlık çalışanı 7** | 33 | K | Doktora | Diyetisyen | 10 | 25 dakika |
| **Muhtar 1** | 74 | K | İlkokul | Muhtar | 22 | 15 dakika |
| **Muhtar 2** | 50 | E | Lise | Muhtar | 25 | 14 dakika |
| **Muhtar 3** | 60 | K | Lise | Muhtar | 5 | 20 dakika |
| **Muhtar 4** | 74 | E | İlkokul | Muhtar | 17 | 18 dakika |
| **Muhtar 5** | 56 | E | Lise | Muhtar | 13 | 25 dakika |
| **Meclis üyesi 1** | 68 | E | İlkokul | Meclis üyesi | 21 | 23 dakika |
| **Meclis üyesi 2** | 34 | E | Lise | Meclis üyesi | 5 | 15 dakika |
| **Meclis üyesi 3** | 40 | E | Lisans | Meclis üyesi | 5 | 29 dakika |
| **Meclis üyesi 4** | 37 | E | Lisans | Meclis üyesi | 8 | 18 dakika |
| **Meclis üyesi 5** | 45 | E | Lise | Meclis üyesi | 5 | 14 dakika |
| **Belediye çalışanı 1** | 41 | E | Lisans | Müdür yardımcısı | 11 | 26 dakika |

K: Kadın, E: Erkek

### 4.12.2. Nitel Verilerden Elde Edilen Temalar ve Alt Temalar

Katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen nitel verilerden 14 alt tema ve 3 tema elde edildi. Elde edilen tema ve alt temalar Şekil 4.1'de verildi. Katılımcıların görüşlerinden toplumun sağlığını etkileyen faktörler, bölgede sunulan sağlık hizmetleri ve yerel düzeyde müdahale alanları ana temaları belirlendi.




**Şekil 4.1:** Nitel verilerden elde edilen temalar ve alt temalar.

#### *4.12.2.1. Tema 1. Toplumun Sağlığını Etkileyen Faktörler*

Belirlenen belediye sınırları içerisinde yaşayan halkın sağlığını etkileyen faktörlere ilişkin görüşler yedi alt tema altında kategorize edildi. Bu alt temaları; çevresel faktörler, politik faktörler, kültürel faktörler, sosyoekonomik faktörler, sağlık sistemi ve yaşam tarzı oluşturdu.

### *Alt Tema 1. Çevresel Faktörler*

Katılımcıların görüşleri *sinek ve diğer haşerelerin artışı* ve *hava ve çere kirliliği* kodları altında kategorize edildi. Katılımcılar, bölgedeki sinek ve diğer haşerelerin artışı yanı sıra hava ve çevre kirliliğinin arttığını belirttiler. Çevre temizliği ile sorunlarını da dile getiren katılımcılar hava ve çevre kirliliğinin insan sağlığını olumsuz etkileyebileceğini ifade ettiler. Bununla birlikte ara sıra da olsa içme suyu sorununun yaşandığı belirtildi.

### *Sinek ve Diğer Haşerelerin Artışı*

Katılımcılar derelerin ıslahının yapılamamasından, süt fabrikalarının atıklarından, arıtma tesisi atıklarından ve çöplük alanlardan sinek artışının yaşandığını ve bu durumun toplum sağlığını etkilediğini belirtti.

*"...yakın zamanda başımıza dert olacak olan G. çöplüğüdür. Her ne kadar da çok Avrupa standartlarında olduğu söylense burası ileride başımıza dert olacağını tahmin etmekteyim. Bir de H'deki artıma tesisindeki atık sular ve kanalizasyon suları. Düzenli bir şekilde temizlenmediği dönemler hem kokusu hem de o pisliği sinek popülasyonu yapmaktadır."* (Meclis üyesi 1)

*"Bu bölgede daha çok süt ve hellim fabrikaları var. Zaman zaman fabrika atıklarından koku ve sinek konusunda sıkıntılar yaşıyoruz."* (Muhtar 2)

*"Sağlığı etkileyen en büyük faktör deredir. Kanlıdere köyün alt sınırından geçer ve H'deki arıtma suyu dereye karışır. Aşırı derecede sinek ve koku vardır…Yani bütün pis işler bizim bölgede mi olacak? Tamam köyün toprağı büyük bir araziye sahip olabilir ama her şey de burada olacak diye bir şey yok. Tabii gerçi H'deki atık su sorunu sadece Değirmenlik bölgesinin değil, Lefkoşa'nın da büyük bir sorunudur. Bizden hiçbir zaman sinek eksik olmaz. Balıkesir'e diğer köylerden daha fazla sinek ilaçlaması yapılır ama sorun çözülmediği süreci bu durum düzelecek değil."*

*"Bizim köyün kanalizasyonun olması şart, çünkü bu köyün alt kısmı kayalıktır. Kuyular devamlı dolar, bu da büyük bir külfettir. Belediye ucuz yapar ama esas sorun kanalizasyondur. Özel şirketler çok pahalı yapar. Belediye cüzi bir miktar boşaltır ama her hafta alınca insanları bu etkiler. Yani sağlık açısından da önemli bir konudur."* (Muhtar 3)

*"Bu konuyla ilgili bir tek Balıkesir köyünde sinek sıkıntısı var. O da dereden ve arıtma tesisinden kaynaklanır. Lefkoşa Belediyesi'nin arıtması düzenli çalıştığında o kadar sıkıntı olmaz ama pek düzenli çalıştığını düşünmem. Yani gelen kanalizasyon suyunu direkt dereye verirler. Bu da ciddi sorun. Bu sefer koku ve sinek satış sıkıntısı yaşanır. Ayrıca derelerin ıslahı, Kaymakamlıklara ait ama. Ben kendimi bildim bileli birkaç kere temizlendi. Temizlik ve kontrollerin yapılması gerekir su birikintileri oluşmaması için. Bizim tek derdimiz sinek. Büyük sıkıntı sinek ve özellikle bu mevsimlerde."*(Meclis üyesi 2)

*"H'deki arıtma tesisinden dolayı sivrisinek sorunu vardır ve bazı güney bölgemiz etkilenmektedir."* (Meclis üyesi 3)

*"Bölgemizdeki anayol kenarlarını ciddi anlamda temizlenmesi lazım. Çünkü; aşırı sineğe yol açan otlar vardır ve bunlar temizlenmiyor. Belediyemiz hep temizlenir. Belediyenin görev sorumluluk alanı dışında olmasına rağmen belediye olarak biz bu hizmeti alırız."* (Meclis üyesi 2)

Sağlık çalışanlarından bazıları bölgede sinek yanı sıra bit, pire ve kene artışından bahsettiler.

*"Bölgede hayvancılık ve tarım kaynaklı kirlilikten bit, kene vb. görülüyor."* (Sağlık çalışanı 2)

*"Köylerde daha fazla hayvancılıkla uğraşıldığında ve mandıralar yaşam evlerinin içinde olduğundan, kötü kokular, bit, pire ve kene konusunda problem yaşanmaktadır."* (Meclis üyesi 5)

Bir sağlık çalışanı da bölgede bulunan çam ağaçlarına gerekli bakım yapılmadığı için ağaçlarda çam kese böceklerinin ürediğini ve bu böceklerin ciddi alerjik reaksiyonlara yol açtığı belirtti.

*"…Onun dışında çam ağaçları var, onların üzerinde yaşayan çam kese böcekleri kaşıntı ve döküntüler yaparlar, dönemsel olarak bu şikayetlerle gelende çok olur. Bölgede çok fazla çam*

*ağacı var. Onların da ilaçlamaya ya da işte ağaçların budama ile çözümü var ama her yıl ağaçların ilaçlanması ve budanması gerekir eğer yapılmazsa her yıl aynı dönemde aynı şikayetler görülmeye devam eder."* (Sağlık çalışanı 5

***Hava ve Çevre Kirliliği***

Bölgede bulunan taş ocaklarının toz ve gürültüye neden olduğu ve belediyeye bağlı bazı mahallelerin bu durumdan daha fazla etkilendiği belirtildi. Bölgede astım, alerjik rinit ve kanser vakalarının görülme sıklığının son dönemlerde arttığı belirtildi.

*"Mağusa anayolunun kuzeye bakan dağdaki kayalardan, çakıl kum işletmelerin yaptığı toz toprak ve kirlilikten dolayı özellikle akciğer kanseri çoğalmış gibi gözüküyor bölgemizde."* (Meclis üyesi 1)

*"...bir de taş ocakları kirliliği benim evim de taş ocaklarına çok yakın. Gürültü, ses ve toz özellikle de taş ocakları. Yani dediğim gibi gün oluyor evimin kapısını penceresini açamıyorum. bu nedenle de devamlı olarak klima çalıştırmak zorunda kalıyorum. Bu da sağlığımıza zarar veriyor."* (Sağlık çalışanı 6)

*"Bizde, taş ocakları ciddi bir sorundur."* (Meclis üyesi 3)

*"Toplumun sağlığını etkileyen bence taş ocakları var...sürekli olarak dinamit patlatılır. Dağlar, taşlar oyulur. Ondan çıkan bütün duman köyün üstüne gelmektedir ve gerçekten o mahallelerde özellikle kanser oranı yüksektir."* (Muhtar 4)

*"Yani şöyle bir şey çevresel olarak düşündüğünüzde bölgemize taş ocakları var ve inanılmaz bir toz geliyor. Astım hastalarımız, alerjik nezlesi olan hastalarımız var ve toz onları çok etkiliyor. Aslında bölgesel olarak hepimizi etkiliyor."* (Sağlık çalışanı 3)

Katılımcılar ayrıca bölgede bulunan fabrikaların yerleşim yerlerine yaklaştığını, hava kirliliği ve çevre kirliliği yarattığını belirtti. Toplumda kanser vakalarının arttığını belirterek bunu araştırdıklarını belirttiler. Fabrikalarda düzenli iş sağlığı ve güvenliği denetimlerinin yapılmadığı ve devletin fabrikaların denetimi konusunda çalışma yapmadığını belirttiler.

*"İlk olarak çevresel yönden söyleyeyim, fabrika atıkları özellikle bu durumdan ben de çok rahatsız oluyorum. Boya üretimi yapan fabrikalar, araç tamiri yapan ve parça üreten*

*fabrikalar, araç fabrikalarında araçlara atılan boyaların bacaları kirlilik yaratıyor. Yem fabrikalarından çıkan tozlar, Sanayi bölgemiz var ve çok fazla kaporta, boya işi yapılıyor ayrıca mermer fabrikaları var ve mermerin kesilmesi ve işlenmesi sırasında çok fazla toz çıkıyor ayrıca ilaçlı malzemeler kullanılıyor. Bunlardan aşırı derecede çevre kirliliği yaşıyoruz. Beton santrallilerimiz, asfalt fabrikaları var. İş yerlerine çevre sağlığı tehdit eden durumların tespiti için rutin denetimler yapılmıyor."* (Sağlık çalışanı 6)

*"Kirli sanayimiz var. Bunu, o bölgenin yarattığı kirliliği insanlarımız bilmekte. Fakat yapılan rutin denetim yok."* (Meclis üyesi 3)

*"Bölgemizde çok sayıda kanser vakası var. Bunun araştırılması için de bir çalışma yürütmekteyiz. Özellikle kirli sanayi bölgesinde bulunan fabrikaların dumanları tamamen M köyünün üzerinden geçtiğinden, şu anda istatistiksel olarak hemen hemen her evde her ailede bir kanser vakası görülmektedir."* (Meclis üyesi 4)

*"Açıkçası rahatsız olduğum bir şey daha var. Kirli sanayi bölgesi yerleşim yerlerine dayandı. Bilmem farkında mısınız? ama ben bunu çok yanlış olarak görüyorum. Fakat devletin bunun için herhangi bir çalışmasını duymadım."* (Sağlık çalışanı 3)

Katılımcılar ayrıca çevre temizliği konusunda yetersiz kalındığı, atıkların tarlalarda çiftçiler tarafından kullanıldığını ve insan sağlığı açısından ciddi tehdit oluşturduğu, mandıraların köy içinde olmasından dolayı bit ve kene görüldüğü belirtildi.

*"Bu köyün içindeki temizlik işleri biraz daha farklı olması lazım bence. Ben seçildiğim ilk dönemde haftada 2 gün çekirge gelir bütün atıkları toplardı. Ama köylülerde korumaz. Çekirge gelir toplar 1 saat sonra gene aynı yere çöplerini atar. Belediyenin toplama günlerinin dışında çöplerini atanlara yaptırım uygulaması gerekir."* (Muhtar 3)

"*G'deki çöp alanında çöpleri yaktıları zaman bayağı koku ve duman ortaya çıkıyor." (Meclis üyesi 3)*

*"Havaalanının olduğu bölgeye katı atıklar dökülmüş, arıtmanın altında kalan katı insan atıkları, oraya bırakılmış, 10 yıl sonra onu çekip gübre olarak kullanabilirmiş. Çiftçiler onları çekerler ve tarlalarda kullanırlar. Ve bizde o tarlanın ürününü bilmeden tüketiyoruz. İnsan sağlığı açısından büyük bir risk, çok ciddi tehdit oluşturan şeyler." (Meclis üyesi 1)*

*"KM bölgesinde askerin atışı vardır. Yapılan atış özellikle üç dört köyü gürültü ve metal atıklar olarak ciddi şekilde etkiler."* (Meclis üyesi 3)

*"Köyün güneyinde devletin arazisi var orayı ölü hayvanların gömüleceği, mezbahada kesilen hayvanların atıkları oraya gider. Bundan bütün köylü şikayetçidir…Orada devamlı bir iş aracı bulunur çukurlara kazıp gömüyorlar ama artık doldu taştı. Devletin belirlediği alanın dışına da çıkıyorlar çok kötü bir koku ve sinek var. Ayrıca mezbahanın atıklarını taşıyan kamyon köyün içerisinden geçerek o alan gider. Ama kamyonun içerisinden atıklar köyün içerisine döküle döküle gider. Bunu ben defalarca şikayet ettim...Herhangi bir salgın hastalık görülmedi ama köylü çok rahatsız... Köylüler hayvancılık yapılan bölgenin yakınında böyle bir alanı istemiyorlar. Hayvan ölülerinden çeşitli hastalılarda bulaşabilir. Ayrıca inanılmaz kötü bir koku olur."* (Muhtar 3)

Katılımcılar daha önce yaşanan içme suyu sorunun çözüldüğünü, ancak ara sıra da olsa sıkıntı yaşandığını ve içme suyu tahlillerinin yapıldığı belirtildi.

*"Bölgenin su sıkıntısı sorunu büyük oranda çözüldü ama bölgenin eğimi ve hatların eski olmasından dolayı ara ara sıkıntılar yaşıyoruz."* (Belediye çalışanı 1)

*"İçme suyu konusunda bir sıkıntımız yok onu belediyemiz sağ olsun halletti. Geçmiş zamanlarda çok sıkıntı vardı. Haftada bir gün su verilirdi. Sonra 3 güne indi ama ben muhtar olduktan sonra 24 saat devamlı suyumuz akar. Hatta Belediye Başkanı köye ayrı hat döşedi. Çünkü depolar askerin içindeydi ve borular oradan geçip gelirdi ve devamlı sorun olurdu. Şu an su sıkıntısı yok hiç yoktur. Arıza olursa patlak olursa o zaman olur."* (Muhtar 3)

*"Suyumuz genel olarak tahlilleri yapılıyor ve temiz olduğunu biliyorum. Sadece çok kireçli. Bu da ileride özellikle böbrek hastalıklarına sebep olabilir."* (Sağlık çalışanı 3)

*"Başka bir faktör, yani bu bölgeye baktığın zaman aşağı yukarı yüzde yetmişi arıtma kullanıyor. Suyumuz sağlıklı mı? Onu da bilmiyoruz belediye diğer ölçümlerini yapar evet ama yani içilebilir mi? Zaman zaman pas ve çamur aktığını görüyoruz."* (Muhtar 5)

***Alt Tema 2. Politik Faktörler***

Katılımcılar bölgede 24 saat hizmet veren bir sağlık merkezinin olmadığını belirterek bu durumun hükümet değişikliklerinden kaynaklandığı belirtti.

*"Bölgemizde 24 saat hizmet veren sağlık merkezi yoktur. Hatta Sağlık Bakanlığı'yla bu konuda protokol imza almıştık. Hep siyaset kaynaklı, daha sonra hükümet değişti. Sağlık Bakanlığı değişti ve yapılamadı."* (Meclis üyesi 3)

*"Sağlık sisteminden kaynaklı tüm bölgeye hizmet edecek bir merkezimiz yoktur. Yapılması planlanmış fakat siyasi sebeplerden ötürü yapımı sağlanamamıştır. Bölgemizde 16 köy vardır ve bir enjeksiyonu yapmak için bile Lefkoşa'ya gelmek zorundadırlar. Yeterli miktarda doktorumuz yoktur ve bunun da devletimizin sağlık sisteminden kaynaklandığını düşünüyorum."* (Meclis üyesi 4)

***Alt Tema 3. Kültürel Faktörler***

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları toplumun birbiriyle etkileşiminin sağlık davranışlarını etkilediğini ayrıca bölgede yaşayan yabancı uyruklu kişilerin/göçmenlerin sağlık davranışları ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçsiz olduğu ifade ettiler.

*"...Mesela komşusu ekmeği kesti diye kendi de ekmeği keser ama insülin kullanıyor ya da glukopage kullanır ve gün içinde mesela akşamüstü hep şekeri düşer. Niçin düşer, niçin düşer diye sorguladığımız zaman aldığımız geri bildirimde öğrenirim ki komşusu televizyon programında izlemiş ve yahut da kendi izlemiş, "Şekeri olanlar ekmek yememeli" diye. Onun için ekmeği yemez. Böyle olduğu zamanlarda da hipoglisemi atakları sıklaşır. Şekeri yükseldiği için kendi kendine besin kısıtlar ya da besin eliminasyonuna gider. Bunu düzeltip, bunun üstüne çalışırız."* (Sağlık çalışanı 7)

*"Bölgemizde yabancı ülkelerden gelen kesim çok fazla. Onlar daha da bilinçsizler. Hani bizim toplumumuzda yine üç aşağı beş yukarı bir şeyler oturdu, dışarıdan gelenlerde bu sıkıntıyı çok yaşıyoruz. Sonuçta bu insanlarda bizim insanlarımız da beraber yaşıyor. Hani hastalık bulaştırma açısından birçok anlamda sıkıntı olabiliyor çünkü çocuklar aynı okulu paylaşıyorlar. Özellikle yurt dışından gelen göçmen ailelerde bu sıkıntıyı görebiliyoruz."* (Sağlık çalışanı 5)

***Alt Tema 4. Sosyoekonomik Faktörler***

Katılımcılar yaş, eğitim, ulaşım ve düşük gelir düzeyi gibi sosyoekonomik faktörlerin toplumun sağlığını etkilediğini belirtti.

*"Sanırım insanların biraz daha bilgilendirilmesi gerekir… Çünkü insanlarımız bilgisiz, hep sen önereceksin ya da sorduklarında cevaplayacaksın, yani halka yönelik eğitimleri sıklaştırmak önemli…"* (Sağlık çalışanı 1)

*"Sosyal anlamda bizim Kıbrıs kültürü kadının özgürce bu konuların ifade etmesine engel olabiliyor. Bize gelemeden baskılanmış oluyor ama konu bize ulaşmışsa onlara elimizden geldiğince doğru yönde yönlendirmeye çalışıyoruz. Sessiz kalmamaları gerektiği konusunda mutlaka teşvik veriyoruz, ilgili haklarını hatırlatıyoruz." (Sağlık çalışanı 3)*

*"…Temelde benim gözlemlediğim yaş, ulaşım, eğitim düzeyiydi. Eğitim düzeyinin düşük olması ilerde daha ciddi sorunlar doğuruyor. Sağlık okur yazarlığı çok yüksek de olmadığı için bir şekilde doğru adresten doğru bilgiyi alamazlar mesela. Komşu kullandığı için ilaç kullanan duyarım mesela. Dolayısıyla bu eğitim düzeninde alakalı bir şeydir, yanlış bir sağlık hizmeti alımıdır…Yaşlarını da düşündüğümüzde bir çözüm arayışı içinde onları denemek ister."* (Sağlık çalışanı 7)

*"Bu dönemde, ekonomik sebeplerden dolayı bireysel olarak sağlık sorunları yaşanır. İnsanlar sağlığın da ciddi şekilde erteleme yapıyor. Ve ertelenen sorun arkasından başka bir şeyi daha getirir. Bu sorun bölgesel değil, bütün ada genelinde bir sıkıntı var."* (Meclis üyesi 3)

*"Hiç maaş almayan bir şeker hastamız var. Yani şu anda zaten çalışmıyor, o da yeterince beslenemiyor diye düşünüyorum."* (Muhtar 5)

*"…diğer konuda geliri düşük bireyler mesela yeterince sağlıklı besinler ulaşamıyorlar."* (Sağlık çalışanı 2)

*"Sağlık olarak bakarsak kaldıkları ortamlar çok iyi değildir. Mesela hayvancılık yapanların ve tarımla uğraşanların yanında işçi olarak çalışırlar. Küçücük yerlerde kalırlar. Gidip direk gözlemlemedim ama duyduklarım ya da gelen hastaların söylediklerinden biliyorum. Bakımsız olurlar, iyi beslenemezler. Mesela ilaç reçete ettiğimizde ve devlette ilaç yoksa dışarıdan almakta zorlanırlar. Eğitimleri çok iyi değil, dilleri de çok iyi değil, iletişim kurmakta da zorlanırlar. Hani sana şimdi anlattığım gibi onlara anlatmaya çalışsam anlamazlar. Çünkü*

*genel olarak ne Türkçe ne de İngilizce bilmiyorlar. Genelde sağlık sorunu yaşayarak çocukları ve kadınlar gelir bana eşleri gelir. Bir ailem var mesela çocuklar hep böyle zayıf kaşektiktir. Ve hani baktığında da çok sağlıklı beslenmez. Diş yapısı bozuk, göğüs kafesi yapısı bozuk. Iyi bakanları da var yani hepsini genelleme yapmayayım. Birçoğu da iletişim kaynaklı sorunlar olur. Anlatmaya çalışın belki o benim söylemek istediğimi farklı anlar ya da tam anlayamaz. Sık sık hasta olarak belli ailelerin fertlerini görürüm."* (Sağlık çalışanı 5

***Alt Tema 5. Sağlık Sistemi***

Bu alt tema altında katılımcıların görüşleri *sağlık ocaklarındaki sorunlar* ve *hastane randevularının geç verilmesi* kodları altında kategorize edildi. Katılımcılar, sağlık hizmeti sunumunda standardizasyonun olmadığını, sağlık ocaklarında teknik ve finansal sorunların olduğu ve yetersiz sağlık personeli olduğunu belirttiler. Özellikle devlet hastanelerine randevuların geç verilmesi nedeniyle sağlık hizmetine ulaşımda sıkıntıların yaşandığı belirtildi.

***Sağlık Ocaklarındaki Sorunlar***

Bir sağlık çalışanı sağlık ocakları arasında standart bir hizmetin olmamasının toplum sağlığını etkilediğini ifade etti.

*"Her belediyenin hizmet verdiği bölgede hizmet veren kaç sağlık ocağı var? Sağlık ocağı olarak ben yaparım ama diğerleri yapmazsa bunların sıkıntısını yaşarsınız. Mesela D'de aşı dönemleri aşılara gidilmezdi. Biz giderdik yani bu sefer biz onun sıkıntısını yaşardık. Bir sağlık ocağında iğne yaptıramazken diğerinde yaptırabilir. Ben bu hizmeti vermek için buradayım. Hasta niye başka yere gidip mağdur olsun, yap işte ya da yaptırt. Sonuçta sağlık merkezinde çalışırsan vermen gereken bir hizmet vardır. Bunu kabul ederek buraya geldiğin için o hizmeti vermek durumundasın. Yani bizim Sağlık Bakanlığı'nın da hatası odur, standardımız yoktur. Mesela Covid dönemi bir hekim olarak bütün sorumluluğu aldım ve Covid aşılarını yaptık. İlk başta da o Covid aşılarından çok korkardık. Ne reaksiyon vereceğini, alerji ile karşılaşıp karşılaşmayacağımızı bilmezdik, ön göremezdik ve aşılara ambulanslarla giderdik. Evdeki yatağa bağımlı ve engellilere daha sonra aşılama yaptık. Yani bir şey olursa biz ilk müdahaleyi yapmış olacağız zaten hastanelerde de alerji yapma olasılığı vardır. Hastalara onam formu doldurduk, hasta formunu kabul ettiğinde olabilecek yan etkilerini imzalamıştır sorumluluğu almıştır. Bir şey olursa da ben zaten müdahale edeceğim. Çok şükür olsun bir şeyde olmadı ama beni yapardım ama diğer merkezler yapmazdı. İşte bir hizmet verilecekse ya herkes*

*yapacak ya da hiçbirimiz yapmayacak. Standart olmaması bozar işi en büyük sıkıntımız bu. İşte klasik Kıbrıs."* (Sağlık çalışanı 5)

Sağlık ocaklarında ayrıca uzman sağlık personeli yetersizliğinden, teknik ve finansal sıkıntıların yaşandığı belirtildi.

*"Sağlık ocağına gelenler zaman zaman ilaç bulmakta sıkıntı yaşar. Sıra beklemede sıkıntılar olur ve tedirginlik yaşanır. Bizim bölgemizdeki sağlık ocağında tek ambulans var. Bu ambulans acil bir durum için hareket ettiğinde, oradaki doktor ve hemşireleri de ayrıldığında, başka personel olmadığı için orada bekleyen hastalar mağdur olur."* (Muhtar 2)

*"A Sağlık Merkezi 17 tane köye bakıyor. Biz de ciddi bir personel eksikliği var. Çünkü; 2 hemşire ambulansa binince içeride tek hemşire kalıyor. Böyle olunca da toplum sağlığında istediğimiz gibi verimli çalışamıyoruz...Sağlık ocağında mesela eksiklerimiz oluyor ve bunları bakanlık karşılamıyor. Çoğu şey için belediyeden yardım alıyoruz."* (Sağlık çalışanı 2)

*"Sağlık ocağımızın verdiği hizmetlerden aslında ben bir muhtar olarak çok memnun değilim. Sadece çocuk doktoru sanıyorum haftada bir gelip orada bakım yapar. Onun haricinde günlük dahiliye doktoru vardır."* (Muhtar 5)

*"Temel sağlık bakımlarının, yani doktora ulaşabilme, genel kontrollerini yapabilmek için birtakım fiziki alt yapılarının daha uygun olması gerekir. En büyük eksikliklerinin en azından ben kendi adıma bu olduğunu düşünüyorum ve en büyük gereksinimlerinde bu olduğunu düşünürüm. Birine bağımlı oldukları için ulaşımda, randevu almada bazen gerisinde kalabilirler. Altı aylık kontrollerinin ve rutin bakımlarının dolayısıyla bunların daha sıkılaştırılmış ya da onların daha rahat ulaşabileceği bir lokasyonda olması gerektiğini düşünüyorum. Doktordan randevu alma, rutin kontrollerinin yapılması, ilaçların alınması gibi hizmetlere ulaşımda desteğe ihtiyaçları olduğunu düşünüyorum."* (Sağlık çalışanı 7)

***Hastane Randevularının Geç Verilmesi***

Katılımcılar hastane randevularının geç verildiğini bu durumunda sağlık hizmetini ertelediğini belirtti.

*"Geç randevuların verilmesinden, sağlık ertelenmekte ve insanlar gününde tedavisini olamıyor… Ama bu devlet hastanelerimizde yapılıyor. Genelde, insanımız güven duymadığımız için devlet hastanesi yerine özel hastaneleri tercih etmektedir."* (Meclis üyesi 1)

"*Bireysel olarak da sağlık sorunları yaşayıp hastaneye giden her hastanın bir röntgen ya da bir tomografi sırası vardır. Her hastaya herhangi birine en erken 2 ay sonraya randevu verilir… Devlet sağlık hizmetlerini doğru düzgün veremiyor…"* (Meclis üyesi 3)

*"Devlet hastanesine güvenmeyen biraz parası olan özele gider… Yaşlılarımız gider ama ne derece işte bir sıra bekleme olayı var. Orada yığılma oluyor. Günde 15 hasta gibi bir şey bakabiliyorlar. Onun dışında sağlık ocağı hizmet konusunda tam verimli değil bence. Yani kapasite olarak doktor, hemşire olarak bence tam kapasite değil. Yani şimdi baktığın zaman 16 köy veya dışarıdan da gelen olur mu onu bilmiyorum ama gelene yeterli cevap verebilecek durumu yok. Hem hacim olarak hem de içindeki personel olarak bence yetersiz."* (Muhtar 5)

***Alt Tema 6. Yaşam Tarzı***

Katılımcılar toplumda uyuşturucu kullanımı, beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam tarzının toplumun sağlığını etkilediğini belirttiler.

*"…Bölgemizde gençlerimizi kötü şekilde etkileyen uyuşturucu bağımlılığı vardır."* (Muhtar 4)

*"En önemli faktör insanların hareketsizliği, yani fiziksel harekete yatkın olmamasıdır. Ayrıca beslenme bozuklukları olduğunu düşünmekteyim, ekonomik faktörlerin de psikolojik olarak insanları etkilediğini düşünmekteyim."* (Meclis üyesi 4)

*"Emeklilik sonrası yaşlıların evde oturuyor olması ve hiçbir sosyal aktivitesi yok ve faaliyete katılım yok."* (Sağlık çalışanı 2)

*"…Kalp ve damar hastalıklarından ölenlerin sayısı en az 5 kat daha fazladır. Hepimiz bu memleket içerisinde kendi kültürümüzün yeme alışkanlıklarından dolayı sağlıklı şekilde beslenemediğimizden ve fiziksel aktivite alışkanlıklarımızdan dolayı kalp damar özellikle*

*tansiyon hastalıkları çok fazla görülmeye başladı. Bunlar için halkın bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi gerekir."* (Belediye çalışanı 1)

*"...beslenme alışkanlığı sonucu obezite çok fazla var."* (Sağlık çalışanı 2)

#### *4.12.2.2. TEMA 2. Bölgede Sunulan Sağlık Hizmetleri*

Katılımcıların bölgede sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin görüşleri *birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri* ve *yerel yönetimin sağlıkla ilgili sunduğu hizmetler* olarak iki kod altında gruplandırıldı. Katılımcılar, bölgede sunulan sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı üç adet sağlık ocağında sunulan sağlık hizmetleri, belediye tarafından sunulan çevre sağlığı hizmetleri, yaşlı destek hizmetleri ve sosyal projeler olduğunu belirtti (Tablo 4.56), (Tablo 4.57).

***Birinci Basamakta Sunulan Sağlık Hizmetleri***

Birinci basamakta sağlık ocaklarında sunulan hizmetler; tedaviye yönelik hizmetler, erken tanıya yönelik hizmetler ve ev ziyaretleri olarak belirlendi. Tedaviye yönelik hizmetler olarak hasta muayenelerinin yapıldığı, ilaçların yazıldığı, eczane hizmetlerinin verildiği, pansuman ve enjeksiyon uygulamalarının yapıldığı, sonda bakımlarının yapıldığı, sadece bir sağlık merkezinde haftanın iki günü kan alındığı ve 112 acil hizmeti verildiği, yaşamsal bulguların değerlendirildiği ve iki sağlık ocağında ise diş tedavileri yapıldığı belirtildi. Erken tanıya yönelik hizmetlerin geçtiğimiz yıllarda yapıldığı fakat bu yıl kitler verilmediği için yapılamadığı belirtildi. Hastalardan gelen talepler doğrultusunda meme ve prostat muayenesi ile ilgili bilgilendirilmeler yapıldığı belirtildi. Çocuklara aşıların yapıldığı, emzirme teknikleri konusunda bilgilendirmelerin yapıldığı fakat boy-kilo takibi yapılmadığı, bulaşıcı hastalıkların bildirimlerinin yapıldığı belirtildi.

Ev ziyaretleri ile ilgi olarak yaşam koşullarının değerlendirildiği ve gerekli olduğu durumlarda sivil toplum örgütleri, belediyeler ve sosyal hizmetlerle iş birliği yapıldığı, doktorunda olduğu durumlarda yatağa bağımlı hastalara muayenelerinin yapıldığı evde enjeksiyon ve aşı uygularının yapıldığı ve yara bakımı yapılarak bakım verenlere bilgi verildiği belirtildi. Ayrıca ihtiyaç duyulan noktalarda sosyal hizmetler dairesi, sivil toplum örgütleri ve belediyelerle iş birliği içerisinde hizmet verildiği belirtildi. Katılımcılar sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığını belirtti. Sağlık ocaklarının hizmet içeriklerini şöyle dile getirdiler:

*"Bizim bölgeye A sağlık ocağı hizmet veriyor. Hastaların bakımı, iğne, aşılama gibi hizmetleri var. Bazı hastalara evde pansuman hizmeti de veriliyor."* (Muhtar 2)

*"Merkezi hükümet tarafından yönetilen sağlık ocaklarımız vardır. Bölgedeki sağlık ocaklarının, yoğun olarak kullanımına baktığım zaman, günü birlik insanların gidip bakıldığı, bir emekli yaş grubunun gidip ilaçlarını yazdırdığı ve ilaçlarının oradan tedarik ettiği, ufak tefek bir şeylere baktığı, çok fazla hizmet verebilecek aşırı kapasiteleri olmayan yerdir…Gözlemlediğim kadarıyla içerik olarak verdikleri hizmet belli, yani aşı yaptırabilir. İnsanlar, daha yoğun hemşirelik hizmetlerini alır."* (Meclis üyesi 3)

*"Benim köyümde sağlık ocağı vardı ama pandemi döneminden sonra hiç açılmadı. Kapalı vaziyette durur. Sağlık ocağı 5 haftada bir kez sağlık bakanlığı personeli tarafından açılırdı. İşte birkaç kişi gelip ilaçlarını yazdırırdı. Yaşlılarda sağlık merkezine gidip orada muayene olurlardı. Doktorda gelirdi zaten. Yani ilaç yazdırmak isteyenler devlete de giderler. D Sağlık Ocağına gidenler de vardır."* (Muhtar 3)

*"Sağlık ocaklarında basit muayeneleri yapıp ilaç verir. Sağlık ocağın da belediyemizin Sağlık Bakanlığı katkılarıyla Covid döneminde aşılamalar yapılmıştır. Bebeklerin ve çocukların aşılanması devlet programı dahilinde karşılamaktadır."* (Meclis üyesi 4)

*"A'ya yakın orada bir sağlık ocağımız var ve iyi durumdadır. Pansuman ve iğne yapılabilir."* (Meclis üyesi 5)

*"İğne ya da damardan işte ilaç ya da serum alma gibi tedaviye ihtiyaçları olan hastaların tedavilerini sürdürüyoruz...Haftanın 5 günü poliklinik var. Hastalara, ilaç ihtiyacı olan kişilere muayene yapıyoruz ve reçetelerini yazıyoruz… Haftanın bir günü çocuk doktoru gelir. Başvuran çocukların işte hem tedavileri hem de aşı ihtiyacı olanların aşılamaları yapılır. 112 hizmeti vardır. 24 saat boyunca işte acil müdahalelerde ambulans hizmeti var. Evde yatalak durumda hasta varsa ve isteyen olur, resmi hizmet aracımız vardır, bir tane hemşiremiz ve şoförümüz gider alır evden kanlarını ve göndeririz. Bölgeden talep gelirse tahlilleri, bakımları da muayeneleri de yapılır. Mesela tek olduğumda, dışarıdan bir hasta çıkarsa da muayene olmak ister tek olduğum için bazen yeterli hizmeti verememe. 112 ambulansını ve hemşirelerini göndeririz onlar değerlendirirler ya da alıp buraya getirirler. Hastayı burada değerlendiririm… Bazen ihbar gelir işte hasta bakımsızlığı ile ilgili yardıma ihtiyacı vardır ya da işte sağlık sorunu vardır diye onları eve gidip değerlendiririz. Bugün mesela onu yaptık,*

*gittik evde yaşlılarımız vardı. Onların pansumanlarını yaptık muayenelerini yaptık, geldik. Haftanın 2 günü kan alımı var. Laboratuvarımız yoktur ama Lefkoşa'ya laboratuvara götürürüz. Evde yatalak durumda hasta varsa ve isteyen olur, resmi hizmet aracımız vardır, bir tane hemşiremiz ve şoförümüz gider alır evden kanlarını ve göndeririz…Okullarda bakanlığın başlattığı aşılamaları gidip yaparız…Dönem dönem sağlık merkezimizde kanser taramaları yapılırdı. Bu sene sanırım bizi koymadılar. Kadın doğum uzmanı gelirdi. Haftada gün smear falan alınırdı. Mamografi kemik taraması falanda yapılırdı. Bir de kolon kanseri bağırsak kanseri yönünden kitler verilirdi. Bize gaitada gizli kan kitleri verilirdi. Bizde hastaya nasıl uygulayacağını anlatırdık, sonucu da Lefkoşa'da erken tanı merkezine bildirirdik. Bu sene bize verilmedi. Dün gördüm bende haberlerde o tarama testlerinden … bölgelerine vermişler. Meme kanseri taramasını da eklediler. Onu nasıl uygulayacaklar bilmiyorum ama mamografi cihazları var mı yok mu?"* (Sağlık çalışanı 5)

*"Acil 112 hizmeti veriyoruz. Kuruma gelen acil hastalar varsa onlara bakıyoruz. Pansumanlar, enjeksiyonlar onları yapıyoruz. Evlere hasta ziyaretlerine çıkıyoruz. Mesela; doktorla evlere hasta ziyareti yapıyoruz. Enjeksiyon yapıyoruz. Evlerde, yatalak hastalara aşılama yapıyoruz. Çocuk aşılamaları yapıyoruz. Diş, kadın doğumumuz var. Ama mesela gebe takibi, ana çocuk sağlığı yapamıyoruz. Sadece çocuğa aşı yapıyoruz. Çocuğun boy, kilo ölçüm yani temel hemşirelik hizmetlerinin hiçbirini yapamıyoruz. Çünkü tek hemşireyiz ve o kalabalıkta sadece çocuğun aşısını yapabiliyoruz. …Burada 3 hemşire çalışıyor, 2-3 kişi ambulans hizmetine bakıyor. Onlar ambulansa bindiği anda ben tek kalıyorum…Mesela sabah akşam pansuman diyor doktor ancak gidecek kimse yok. Bu durumda aileye, nasıl yapmaları gerektiğini anlatıp tarif ediyorum ve gazlı bez bırakıyorum. Bu bizim işimiz normalde her gün sabah gidip bizim yapmamız lazım ama öyle yapamıyoruz."* (Sağlık çalışanı 2)

*"…Yakında taramalar başlayacak. Ama ilk defa farklı bir şekilde diyabet taraması yapılacak. Ben bu kuruma geldim geleli ilk kez olacak. Hastaların 24 saatlik tam idrarları alınacak, kan tahlilleri ve boy kilo ölçümleri yapılacak. Bence bu güzel bir şey. İleride böbrek sağlığı ile ilgili bir tarama başlatılacak…Okul sağlığıyla ilgili şu an sadece aşılara gidiyoruz. Fakat çok uzun zaman önce ağız ve diş sağlığı konusunda taramalar ve göz muayenesi yapılmıştı."* (Sağlık çalışanı 3)

**Tablo 4.56:** Sağlık ocaklarında sunulan hizmetler.

| Sunulan hizmetler | A Sağlık Merkezi | D Sağlık Ocağı | S Sağlık Ocağı |
|---|---|---|---|
| **Tedavi hizmetleri** | | | |
| **Hasta muayeneleri/ İlaç reçetelendirme** | √ | √ | √ |
| **Eczane hizmetleri** | √ | √ | √ |
| **Pansuman** | √ | √ | √ |
| **Sonda değişimi** | √ | √ | √ |
| **Kan alma** | √ | | |
| **Vital bulgular** | √ | √ | √ |
| **112 acil hizmeti** | √ | | |
| **Koruyucu ve önleyici hizmetler** | | | |
| **Erken tanıya yönelik hizmetler** | * | * | * |
| **Gaitada gizli kan** | * | * | * |
| **Kanda PSA* ve meme muayenesi** | Meme muayenesi konusunda bilgi veriliyor. | Meme muayenesi konusunda bilgi veriliyor. | Meme muayenesi konusunda bilgi veriliyor. |
| **Eğitim** | √ | √ | √ |
| **Aşı hizmeti** | √ | √ | √ |
| **Emzirme ve besleme teknikleri** | √ | √ | √ |
| **Diş muayeneleri** | √ | √ | |
| **Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi** | √ | √ | |
| **Ev ziyaretleri** | √ | √ | |
| **Yaşam koşullarının değerlendirilmesi** | √ | √ | |
| **Evde enjeksiyon uygulaması** | √ | √ | |
| **Yatağa bağımlı hasta muayenesi** | √ | √ | |
| **Yara bakımı** | √ | √ | |

*Geçmiş yıllarda yapılıyormuş.

### *Yerel Yönetimin Sağlıkla İlgili Sunduğu Hizmetler*

Katılımcılar yerel yönetimin çevre sağlığı hizmetleri altında gıda denetimlerinin, çöp toplama, temizlik hizmetleri ve vektörel ilaçlamaların yapıldığı belirtti. Yaşlı destek hizmetleri olarak gündüz bakım merkezi hizmetinin olduğu içerisinde fizyoterapi hizmeti, sağlıklı beslenme danışmanlığı, hemşirelik hizmetleri, el sanatları, koro, eğitim seminerleri verildiği, geziler düzenlendiği ayrıca diyaliz hastalarına hastaneye ulaşım hizmeti verildiği belirtildi. Sosyal projeler olarak sosyoekonomik yönden destek amacıyla "dayanışma mutfağı" kapsamında aylık iaşe yardımları yapıldığı, sosyal yardımlar kapsamında ilaç ve tıbbi aparat yardımı yapıldığı, okullara gerekli bakımların yapıldığı ve sosyal aktivite merkezinde gençlere hizmet verildiği belirtildi (Tablo 59).

*"Belediye işte yatak, sandalye, yürüteç, bez falan verir. Onlar da hiç aksama yok ve 1 saat içinde geldi. Ama bakım gerektirirse kendileri bütçeleri ile bakıcı tutarlar."(Muhtar 1)*

*"Gündüz bakım merkezi var. Buradan 1 minibüs alır götürür. Orada yaşlı insanlar işte günlerini geçirirler ve aktivite yaparlar. İnsanlarımıza hemşirelerimiz gezip, kontrollerini yapıyorlar, şikayetlerini dinliyorlar. Belediye yönünden bir sıkıntı yoktur."* (Meclis üyesi 1)

*"…Gündüz bakım merkezi hizmetimiz var. 65 yaş ve üzeri yaşlılarımız buraya gelip günlük aktivitelerini yapıyorlar. Fizyoterapileri hizmetimiz var. El sanatlarımız var. Belli günlerde gezilere götürüyoruz. Koromuz var…Sosyoekonomik düzeyi düşük bireylere iaşe veriyoruz. Örnek veriyorum kronik bir hastalığı vardır kullandığı ilaçlar da pahalıdır ve alım gücü de yoktur, bunun tespit edilmesiyle birlikte ilaçları sağlıyoruz. Yatalak olan engelli olan bireylerimize bez yardımları, hasta yatağı, tekerlekli sandalye, baston, yürüteç yardımları yapıyoruz. Diyaliz hastalarının hastaneye transferlerini sağlıyoruz*." (Sağlık çalışanı 6)

*"Eee…. Toplum sağlığı hizmetleri benim açımdan işte sağlıklı beslenme eğitimleri düzenlenir. Fizyoterapist uygulamalar yaptırır gördüğüm kadarıyla psikolog konsültasyonları yapılır ve öz bakım için kuaförlük hizmeti verilir. Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini kapsayan birleşik bir model uygulanıyor. Bu yaş grubunun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde müzik ve koro, el işi vardı, Dünya Sağlık Örgütünün genel sağlık tanımlamasına baktığımızda tanımlamasına sosyal yönden ve fizyolojik yönden tam iyilik hali ile destekleyen bir model olduğunu düşünüyorum."* (Sağlık çalışanı 7)

*"Belediyenin sunduğu temizlik, haşere ilaçlama hizmetleri vardır*." (Muhtar 3)

*"Bölgemizde sunulan toplum sağlığı hizmetleri belediyemiz tarafından karşılanan. Çevre ilaçlaması. Biyolojik ilaçlamalar vardır. Aynı zamanda gündüz bakımevinde sunulan bizim belediyemize ait olan yaşlılara yönelik fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden destek programlarımız vardır. Sosyal aktivite merkezimizde gençlerimize fiziksel destek amaçlı hizmetler sunmaktayız. Belediyemizin hastaların ihtiyaçlarına karşıladığı göre hastane karyolası, tekerlekli sandalye gibi hizmetlerimiz vardır. Ekstradan yaşlılara yetişkin hasta bezi dağıtımı sosyoekonomik düzeyi düşük olan vatandaşlarımıza ilaç dağıtımı desteklerimiz olmaktadır."* (Meclis üyesi 4)

*"Yaşlı bakım merkezimiz var. Bu merkez ada da eşi benzeri olmayan yaşlılarımızın gidebileceği bir yer. Yaşlılarımız alınıp, götürülüp her türlü kontrolü yapılır. Diyaliz hastalarımız taşınır.*

*Belediye, Sağlık Bakanlığı'nın yapamadığı her türlü hizmeti yapmaya çalışıyor açıkçası."* (Meclis üyesi 2)

*"...haşere ilaçlamalarını da sağlığa zararlı olduğu için bu yıl yapmadılar. Bizim bölgemize yapmadılar en azından. Çünkü bazı şikayetler oldu. Kanserojen madde olduğu için onlar da bu yıl sokaklarda ilaçlama yapmadılar ama evlerimizde ben haber verdim geldiler. Hamam böceklerini için kuyuları ilaçladılar."*(Muhtar 1)

*"Bölgede hayvancılık olması, akarsular ve derelerin olması, kuru alanların çok olmasından dolayı vektörler ve kanalizasyonlar içerisinde veya logolar içerisinde yaşayan haşerelerin popülasyonu yüksek değil. Şubemiz elinden geldiğince ilaçlama ve mücadeleyi yapıyor…Mandıralar bölgesinde belediyemiz ilaçlama, haşere ile mücadele konusunda her türlü hizmeti sağlıyor."* (Belediye çalışanı 1)

**Tablo 4.57** Yerel yönetimin sunduğu hizmetler.

| Çevre Sağlığı Hizmetleri | Yaşlı Destek Hizmetleri | Sosyal Projeler |
|---|---|---|
| Gıda denetimleri | Gündüz Bakım Merkezi Hizmeti | Dayanışma mutfağı |
| Çöp toplama | Tıbbi yardımlar | Sosyal yardımlar |
| Temizlik hizmetleri | Sağlık taramaları | Okulların bakımı |
| Vektörel ilaçlamalar | Sağlığa ulaşım | Sosyal Aktivite Merkezi |

Katılımcılar bölgede sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirdiğinde sağlık ocağı ve yerel hizmetlerin kısmen yeterli olduğu ancak geliştirilmesi gerektiğini belirtti.

*"…Sağlık ocağımız yeterli değildir…Belli bir saatten sonra burası kapanıyor ve kapalı iken hasta olmayacaksın. Mümkünse mesai içinde hasta olman gerekir. Başka türlü bizim bölgemizde hizmet alınamaz, eğer acil bir durumda iseniz Lefkoşa'ya gideceksiniz ya da ambulans bekleyeceksiniz gelirse ama çok uzaktan gelecek. Çünkü, sağlık ocağında şu an ambulans yoktur. Bölgemize, tam donanımlı, hastane gibi 7/24 çalışan ve insanımıza daha iyi hizmet verebilecek hastane düzeyinde bir yer açılması gerekir. "*(Meclis üyesi 1)

*"…Bence yeterlidir. Hastane ulaşım bakımından bence yeterlidir……"* (Meclis üyesi 5)

*"…belediyemizin verdiği hizmetler, toplum sağlığını karşılamada elbette ki tek başına yeterli değildir".*

*"Sosyal etkinliklere bütün çocuklara katılmıyor. Gündüz bakım merkezimizin yaptığı çalışmalara bütün yaşlılar katılmıyor ama katılanlar da efektif oranda faydalanır. Bu önümüzdeki dönemde veya mevcut dönemden itibaren hedeflenmesi gereken bir şey. Bunun maksimum düzeye çıkarabilmek maksimum bir şekilde insanları içerisine koymak gerekli. Çünkü ne kadar fazla katılım olursa, ortaya koyduğu hizmetler o kadar çok insana dokunmuş olacak"* (Belediye çalışanı 1)

Katılımcıların çoğu bölgede verilen sağlık hizmetleri ve yerel yönetimin verdiği hizmetlerden özellikle 65 yaş üzeri bireylerin, çocuklar ve kadınların ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin daha çok yararlandıklarını belirtti.

*"Yaşlılarımız, engellilerimiz, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerimiz yararlanmaktadır."* (Sağlık çalışanı 6)

*"Gündüz bakım merkezi hizmetlerinden yaşlı grubu, danışma mutfağından da genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireyler desteklenir."* (Sağlık çalışanı 7)

*"Yani şu an için gözlemlediğim kadarıyla genellikle mesela sağlık merkezi ve gündüz bakım merkezinden 65 yaş ve üzeri daha çok faydalanmaktadır. Ya da ev hanımı olan bayanlar bölgede ikamet edenler aslında sağlık merkezini daha çok kullanmaktadır. İş için Lefkoşa'ya gidebilen ya da araç kullanabilen ya da durumu iyi olabilir insanlar özel sağlık merkezlerinde hizmet almaktadır. Ama bölgemizde mesela sağlık ocağını daha fazla belli bir yaşın üzerinde yaşlı olup kendisi artık araç kullanamayan, yakında olduğu için buraya giden ya da ekonomik durum aslında çok iyi olmayan, devletin hastanesinden yararlanmak isteyen insanlar daha fazla sağlık ocağını kullanmaktadır. Gündüz bakım merkezinde 65 yaş üzeri belediyemizden hizmet alan vatandaşlarımız etkin olarak kullanmaktadır."* (Muhtar 4)

*"Tüm toplum sağlığı hizmetlerinden sağlık ocakları olsun, belediyenin sunduğu hizmetiler olsun en fazla 65 yaş üzeri faydalanmaktadır."* (Meclis üyesi 4)

*"Evet, yaşlılar gelir hep 65 yaş üstü. Yani genç gelen, çocuklar falan da var ama genelde yaşlılar gelir. Başka onun dışında…ımmm, mesela işçiler çok gelir işte Pakistanlı falan bu bölgede çok var. Mesela Pakistanlı iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Patronları ile iletişime geçip yönlendirmeye çalışırız. Çalıştığı veya yaşadığı ortam uygun değildir ve bir sağlık sorununa sebep olabilir diye kurum olarak değil ama bireysel olarak yönlendirmeler yapabiliriz"* (Sağlık çalışanı 5)

*"Kıbrıs vatandaşları olarak hepimiz daha çok özel kurumları kullanıyoruz. Devlet hastanesinden olsun, sağlık ocaklarından olsun daha çok Türkiye'den gelenler ve yabancılar daha çok yararlanır. Çünkü imkânları yok."* (Muhtar 1)

*"...Çocuklar ve kadınlar bence*." (Sağlık çalışanı 3)

#### *4.12.2.3. Tema 3. Yerel Düzeyde Müdahale Alanları*

Katılımcılara toplum sağlığını geliştirmek üzere gereksinimler ve yerel düzeyde gerçekleştirilebilecek olan müdahale alanları soruldu. Katılımcıların görüleri; *sağlık eğitimi, erken tanı ve taramalar, yaşam alanları, evde bakım ve yaşlı bakım hizmetlerinin geliştirilmesi* ve *sağlık hizmetlerine ulaşım* olarak dört alt tema altında gruplandırıldı.

***Alt Tema 1. Sağlık Eğitimi***

Katılımcılar yerel düzeyde toplumun her kesimi için sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi gerektiğinin üzerinde dururken aynı zamanda bakıcıların eğitimi ve izlenmesinin gerekli olduğunu da belirtti.

***Sağlık Eğitimleri***

Katılımcılar, halkın erken tanı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, sağlık okur yazarlığı, çocuk beslenmesi, sağlıklı yaşam aktiviteleri, aile içi şiddet ve kronik hastalıklarla baş etme konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerektiğini ifade etti. Sağlık çalışanları kendilerine ulaşan kişilere bu eğitimi verdiğini belirtirken, katılımcıların çoğu bu eğitimlere toplumun katılımını arttırmak için belediye ile iş birliği içinde yapılması gerektiği üzerinde durdular.

*"Belediyenin imkanları dahilinde uzman kişiler tarafından hastalıklarla ilgili eğitimler verilebilir. Bence halk katılır."* (Muhtar 1)

*"Kalp ve damar hastalıklarından ölenlerin sayısı en az 5 katı daha fazladır. Hepimiz bu memleket içerisinde kendi kültürümüzün yeme alışkanlıklarından dolayı sağlıklı şekilde beslenemediğimizden ve fiziksel aktivite alışkanlıklarımızdan dolayı kalp damar özellikle tansiyon hastalıkları çok fazla görülmeye başladı. Bunlar için halkın bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi gerekir…Ayrıca insanların evlerine daha fazla gidilmesi ve kendi merkezlerimizde gençlerle, orta yaşların ayrıca 65 yaş üstündeki kişilere yönelik daha fazla etkinlik planlaması gerektiğini düşünmekteyim. Katılımın fazla olması için gece etkinlikler düzenlenebilir. Seminerler planlanabilir. Yani bu belediye görevleri arasındadır."* (Belediye çalışanı 1)

*"...gerek okullarda gerek yaşlıların bulundukları ortamlarda, daha çok bilgilendirme, aşılama ne bileyim, eğitimler, eğitimle salgın hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, daha erken önlenebilir düşüncesindeyim."* (Muhtar 2)

*"Sadece buranın içinde değil, daha genel popülasyona yönelik özel günlerde veyahut da özel zamanlarda etkinlik olarak beslenme eğitimleri düzenlenebilir. Mesela sağlık okur yazarlığı için eğitimler düzenlenebilir. İçerik o şekilde hazırlanıp da doğru bilgiye nerden nasıl ulaşabileceklerini profesyoneller tarafından anlatılabilir. Eğitimler düzenlenebilir ama katılımlarının sağlanması gerekir...Buraya [Sağlık ocağına] ulaşanlar da artık çok bir sıkıntımız kalmadı ama ulaşamayanların da katılabileceği şekilde bir organizasyon yapılabilir. Karşılıklı etkileşimde bulunduk monolog değil birçoğunda diyalog şeklindeydi."* (Sağlık çalışanı 7)

*"...dediğim gibi sağlık ocağımız yetersizdir. Destek programları ve eğitim merkezlerinin artırılması halkın daha da bilinçlenmesi gerekmektedir. Sağlıklı yaşamın geliştirilmesi için eğitimeler yapılmalıdır. Okullarda bu eğitimler çocuklarımıza verilebilir".*

*Son zamanlarda benim de çalışma alanım olduğundan dolayı duyduğumuz ani ölümler olmaktadır ve bu kalp hastalıkları kaynaklı alakalı olmaktadır bununla ilgili. Halkını bilgilendirmek için geziler ve eğitim programları düzenlenebilir. Yılın belli dönemlerinde taramalar yapılması gerektiğini düşünmekteyim. Özellikle 45 yaş üzerindeki kişilere kan tahlili, EKG, kalp ekosu vs yapılabilir. Sağlık ocakları ile organize bir şekilde bu hizmeti yürütecek ekip kurulması gerektiğini düşünmekteyim. Sonuçta ekonomik dengeyi kuran bireylerdir. Hastalıklar nedeniyle ölümler ve sakatlıklar ortaya çıkarsa yine buradaki ekonomik denge bozulacaktır."* (Meclis üyesi 4)

*"İnsanlarımız için sağlık ocağı ve belediye iş birliğinde çeşitli seminerler daha fazla düzenlenebilir. Erken teşhis konulabilmesi için koruyucu önleyici eğitimler, seminerler çok etkili olur. "*(Muhtar 4)

*"...bir şeker hastası mesela ne yiyeceğini ne yemeyeceğini bilmiyor. Diyabet merkezimiz var Lefkoşa'da ona gidip eğitimini almak istemez. Hastalar için böyle ayağının içinde bir yer olsa mesela şeker hastasının ne yiyip ne içeceğini, neye dikkat edeceğini danışabileceği, eğitim alabileceği güzel olur. Strese bağlı da tansiyonu yüksek çok hasta gelir. Sık sık ölçerler tansiyonlarını. Mesela tansiyon aleti alırlar eve. Sonra gelirler hiç düşmedi tansiyonum*

*diyerek. Buraya gelirler, ölçeriz tansiyonu çok iyi. Bizde deriz sen yarın getir bize o aleti karşılaştıralım ve sık sık ölçme lütfen. Bunlarla ilgili eğitim vermek lazım insanlara. Çünkü bilmezler ya daha çok panik olurlar ve giderek daha çok artar tansiyonları. Buraya gelirler konuşunca biraz rahatlar ve düşer."* (Sağlık çalışanı 3)

*"Belediyelerde artık hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar var. Bu hizmetler sunulurken bir iş birliği olursa halka duyuru açısından mesela belediyede duyulup, eğitim yeri olarak belediye ayarlayabilir. Yani Akdoğan Belediyesi yapacağını düşünüyorum bunu. Örneğin; yer ayarlanıp insülin eğitimi verilebilir ya da en çok sıkıntı yatalak hastası olduğunda ne yapacaklarını şaşırıyor insanlar. Ailede kaos çıkıyor yani…"* (Sağlık çalışanı 2)

Bununla birlikte, sağlık çalışanlarından birisi, genç ve yalnız yaşayan kadınların kendini güvende hissetmesini sağlamak amacıyla eğitimler verilmesi gerektiği ifade etti.

*"…hemşirenin bir tanesi emzirme eğitimini alsın, bebek gelişimiyle ilgili bakanlık tarafından özel kursuna gönderilsin, özellikle bir tane emzirme eğitimi hemşiresi olsun. Çünkü ilk kez anne olmuş bir kadın için emzirmek ciddi sıkıntı ama bunu anlatacak bir kişi yok. Kadın o an yalnız başına ya da lohusa depresyonu içinde doğumdan sonra kendi öz bakımı, bebeğin öz bakımı bunların nasıl yapması gerektiğini bilmiyor yani. Genelde buralarda genç nüfus ve askeri personelin ailesinin çok olduğu bir yer ve kadınlar genelde yalnız oluyor. Çünkü aileleri hep Türkiye'de oluyor. Kendileri burada yalnız oluyor. Onların yalnız hissetmemesi ve bilgili olursa kendine güvenirsen, bu aşamayı daha rahat geçebilir. Ama bilgi düzeyi düşük olunca bir de zaten lohusalık depresyonu ayrı bir şey onu aşması biraz daha zor oluyor. Böyle durumlar için bir hemşire ayarlanabilir.* (Sağlık çalışanı 2)

***Bakıcıların Eğitimi ve İzlenmesi***

Katılımcılar, bakıcıların yaşlı / hasta bakımı konusunda eğitilmeleri, bakıcıların takip ve denetimlerinin yapılması gerektiğini ifade ettiler.

*"…çünkü biz yara bakımını bakıcıya anlatırız o farklı bir şey görülürse bize söyler gideriz ama daha fazla takip olsa daha iyi olur. "*(Sağlık çalışanı 1)

*"...bazen hastalar gelirler buraya ve bakıcılarından şikayet ederler, ben ailelerini ararım, bildiririm böyle bir şikayet var gözleyin diye. Ama insanlarda bazen öyle bir çaresiz kalırlar ki, şimdi bu giderse kim bakacak, kimi bulacağım daha iyi birini bulabilir miyim diye çaresizlik*

*yaşarlar ve bu defa mecburen o elindeki ile idare etmeye çalışır…ben çok yakaladım öyle ve uyardım da ailelerini birkaç tanesini değiştirdik. Ya da işte aile kendisi üstlendi bakımın sorumluluğunu…Bakanlık diğer bölgelerde…başlattı evde bakım gibi bir şey inşallah bu bölgeye de uygularlar çünkü çok ihtiyaç var. Aslında bütün bölgelerin evde bakım için ekstra bir yeni bakış açısına ihtiyacı var."* (Sağlık çalışanı 5)

*"Belediyedeki kişiler daha çok biliyor vatandaşın durumunu. Örneğin; yatalak birisi olduğunda işte yarın şu saatte bütün aile bireylerini belediyenin binasına bekliyorum. Bu hastaya nasıl döndürülür? Kaç saatte bir döndürülmesi gerekir? Olabilecek riskler nasıl beslenmesi gerekir bununla ilgili eğitim verilebilir. Yani çok ciddi ihtiyaçlarını bu özellikle bakım evde bakım, evde bakım görenlere istismarlar olur. Bir sürü şey olur. Hem ailenin hem de yaşlının aydınlatılması gerekir. Yaşlılar çok şiddet görüyor bakıcılardan. Bunun da anlatılması lazım, mesela nasıl tespit edilebilir bu? Yani nasıl fark edilir bunları aile yakınlarının bilmesi gerekir."* (Sağlık çalışanı 2)

Ayrıca, toplumda yürütülen hizmetler konusunda farkındalık yaratılması ve bu hizmetten daha fazla kişinin yararlanmasının sağlanması gerektiği ifade edildi.

"*Bölge halkı Gündüz Bakımevinin verdiği hizmetten memnun. Eleştiri olarak değildir ama daha fazla katılım olabilir. Hatta daha fazla katılım değil, bence daha fazla tanıtımı olması gerekir. Orada yaşayan köylerdeki bölge insanına gidip o nüfusa bunun anlatılması…"* (Meclis üyesi 2)

***Alt Tema 2. Erken Tanı ve Taramalar***

Çalışmaya katılan katılımcılar, bölgede erken tanıya yönelik taramaların geçmiş dönemlerde yapıldığını fakat son zamanlarda yapılmadığı belirtti. Özellikle kadın doğum alanında taleplerin olduğu ifade edildi.

*"Aslında kadın doğum uzmanı gelip smear testleri yapılsa çok güzel olur. Eskiden yapılırdı. Yılda bir kez kadın doğum uzmanı gelirdi bayanlar gelirdi yaparlardı ne güzel…"* (Sağlık çalışanı 1)

*"Yani en önemlisi ve en çok talep olan alan kadın hastalıkları ve doğum. Hamile olanlar geliyor smear için geliyor fakat bu alanda hizmet olmadığı için geri göndermek zorunda kalıyoruz."* (Sağlık çalışanı 3)

***Alt Tema 3. Yaşam Alanları***

Çalışmaya katılan katılımcılar, çevre temizliği ve düzeni konusunda halkın bilinçlendirilmesi, bu konuda denetimlerin yapılması, park ve yürüyüş alanlarının, sosyal aktivite merkezlerinin oluşturulması gerektiğini ifade ettiler.

*"Benim bir anım var, mesela bundan 30 sene önce Türkiye'ye gittim. Yanımda baldızımın 4 yaşında kızı da var. Yolculuk sırasında minibüs şoförüne gitti, ne istedi acaba dedik. Bir şey mi oldu çocuk ne ister diye düşünürken. Abi şurada durabilir misin dedi ve minibüsün çöplerini topladı, gitti ve çöp bidonuna attı. Çünkü kreşte eğitimini alırdı. Sonuç eğitim çok önemli.*

*Bir de evlerimizin avlularında, insanlar onun yaşadığı avlular da kapı önlerinde çok temiz değil çünkü temizlemiyoruz. Çünkü temizlik bilincimiz yok……"* (Meclis üyesi 1)

*"...çevresel konusunda daha denetleyici olabilirler. Çünkü dönem dönem gıda zehirlenmeleri görülür restoranları ve gıda satışı yapan yerleri daha sık denetleyebilir. Bu denetlemelerini artırarak yapabilirler diye düşünürüm. Yani şu an bizim Kıbrıs şartlarında yapabilecekleri en iyi şeyler bunlardır."* (Sağlık çalışanı 5)

*"...hiç yürüyüş alanımızda yoktur. Birkaç defa yapılacağı söylendi orada pürüz çıktı. Bu Gökhan yolu benim bölgeme aittir. Orada mahkemelik bir durum var olduğu için de Belediye Başkanı oraya yapamayız dedi. Yoksa oraya yürüyüş parkuru projesi vardı"* (Muhtar 1)

*"...mesela benim köyüm çok büyüktür ama gençlerin gidebileceği hiçbir yer yoktur. Sosyal aktivite merkezi yapılması lazım"* (Muhtar 3)

*"...bu bölgede ve bütün köylerimizde insanlarımızın akşamüstü yaz sıcağında veya akşam yemeğine gidip oturacağı temiz güzel bir park bahçelerimiz yoktur. Bu büyük bir gereksinim ve olmayışı hizmet eksikliği olur"* (Meclis üyesi 1)

*"...işte çevrede incelemeler yaparak, gerekirse destek alarak, ev ziyaretleri yaparak halk Meclisi gibi bir şeyler yapılarak ihtiyaçları konusunda konuşulabilir."* (Sağlık çalışanı 6)

*"Her köye iki tane personel koyması lazım, devamlı bulunsun. Ya bizim köylerimiz artık büyüktür devamlı köyde belediyenin personeli olması lazım ki görsün ne var ne yok. Ben muhtar olarak gezerim dolaşırım ve bildiririm ama belediye personeli gördüğünde de daha etkili olur. Yani yasal ve cezai uygulamaların konması gerekir. Bir şekilde kuralların ve insanların bilinçlendirilmesi eğitimler ve toplantılar yapılmalı."* (Muhtar 3)

***Alt Tema 4. Evde Bakım ve Yaşlı Bakım Hizmetleri***

Katılımcılar, bölgenin yaşlı nüfus popülasyonun çok fazla olduğunu, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusa verilecek hizmetlerin geliştirilmesinin önemli hale geldiği belirtti.

*"Bizim toplumumuz önemli bir yaşlı popülasyonuna sahip. Onların ihtiyaçlarına yönelik uzman kadroya sahip kurumlara ve yapılara ihtiyacımız var. Yani fizyolojik yaşlanmanın yanında yaşlının hastalıklarıyla da ilgilenmelidir. Dört belediyenin köylerine hizmet veriyorum. Buralarda uygun merkezlere oluşturulursa 4 belediyenin koordinasyonu, devletin kurumsal katkısı, toplumların desteğiyle yaşlıların fizyolojik, ruhsal ve sosyal yönden ihtiyaçlarına hizmet veren Mükemmel bir tesisi oluşturulabilir."* (Sağlık çalışanı 4)

*"Bölgenin yaşlı nüfus oranı çok fazla ve yaşlılara yönelik hizmetlerin geliştirilmesi gerekli diye düşünüyorum."* (Belediye çalışanı 1)

*"……bu konuya daha da önem vererek mesela gündüz bakım merkezimizin altında geliştirilmesi sağlanabilir. Yani buranın daha fazla geniş konularında hizmet vermesi örneğin psikolojik danışmanlık verilebilir. Zaten gelen vatandaşlarımız çeşitli hizmetler almaktadırlar. Onların orada yaptıkları hizmetlerin dışında gelen taleplere göre daha da şekillenmesi sağlanabilir."* (Muhtar 4)

*"…Lefkoşa'ya giderim ben teyzemin evine kapı çalınır ve belediyeden kuaför gelir. Teyzeciğim saçımı boyamaya geldim, Teyzeciğim saçını kesmeye geldim der. Bizim bölgemizde böyle bir hizmet yoktur. Bu uygulama bizde olmalı bakımdır bu"* (Muhtar 3)

*"Gündüz bakımevine gelemeyenlere… gidip saç bakım, tıraş yapılabilir. Bu insanlara hem moral hem de psikolojik olarak da iyi gelir, sağlık yönünden de gözden geçirmiş olur. Çünkü belli bir yaşın üstünde, bazı insanlar bir şekilde sürekli evinde ve gidip muayene olmaz, kontrol olmaz veya bunu yapabilecek kimsesi yoktur. Onlara destek olunabilir."* (Meclis üyesi 3)

*"…benim annem, felçliydi ve ayda bir gelip tansiyonudur, şekeridir öyle bakılırdı. Ben 1-2 sefer şahit oldum. Yani böyle bir şey yapılabilir ya da telefonla da olur. Ayda bir, on beşte bir telefon açılır. Hastanın durumu sorulur. Bence böyle bir şey de yapılabilir."* (Muhtar 5)

Evde bakım modelinin multidisipliner bir ekiple veya iş birliği içerisinde koordineli olarak yapılması gerektiği ifade edildi.

*"Şimdi imkan ve olanaklar dahilinde bizden de katkı istendiğini elimizden geldiğince yapıyoruz. Yani aslında büyük ve dağınık bir bölge burası. Hani mesafeler çok önemli ve personel mümkünse veya araç mümkün ise evlerine kadar gidiyor ve ihtiyaçlarıyla ilgili değerlendirmeleri yapılıyor. Gerekirse hekim olarak bizlerden hizmet talep edildiğinde bizler de gidiyoruz. Ama bu çok programlı ve planlı şekilde periyodik olarak da yapılamıyor. Neden? Çünkü bizim hepimizin güncel o kadar çok yoğun olduğu görevler var ki ve evde bakım da aslında bir uzmanlık alanı. Başka bir ekip tarafından organize edilip çok ciddiye alınması lazım. Yani bu gibi insanlara yerel yönetimler ve devlet kurumlarıyla koordineli çalışarak konuya bir yeni Yaklaşım getirilmesi lazım*." (Sağlık çalışanı 4)

*"Evinde yalnız yaşayan yanında kimsesi olmayan insanlara gerektiğinde evinde bakım verecek gerektiğinde hastaneye götürecek bir hizmet için birilerinin el atması gerekir. Tahlillerinin yapılaması gerekir mesela bu hizmetlerin verilmesi lazım"* (Muhtar 1)

*"Evde bakım hizmeti bana göre gereklidir hatta en önemlisi bu."* (Sağlık çalışanı 6)

*"Yani bu bölgede yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan çok kişi vardır. Bu bölgede çoğunlukla ya bakıcıların ya da aile bireyleri tarafından bakımları yürütülür. Ama bunların rutin bir şekilde kontrol edilmesi gerekir bence. mesela işte yatağa bağımlıdır işte yürüyemez veya çocukları gider, evde tek kalır, böyle durumlarda ilaçlarını düzgün alır mı, tansiyonunu nasıldır, genel durumu nasıldır diye kontrollerini yapabilecek bakım ekibine ihtiyaç vardır. Ben böyle düşünürüm ve inanırım ama dediğim gibi eğitimli ekip ve personel oluşturulması gerekir. Bir dönem Akdoğan Belediyesi başlatmıştı. Eve gidip 65 yaş üstünün tansiyonunu, şekerini ölçüyorlardı. Ama bizim dışarıya koyabilecek yeterli personelimiz yoktur. Hemşire sayımız ancak buradaki sistemi döndürebilir. bu bölgenin gerçekten yaşlı potansiyeli yüksektir ve bakıma çok ihtiyaçları vardır."* (Sağlık çalışanı 5)

***Alt Tema 5. Sektörler Arası İş Birliği***

Katılımcılar toplum sağlığının geliştirilmesi için özellikle Sağlık Bakanlığı ve belediyeler başta olmak üzere sektörler arası iş birliği yapılması gerektiğini vurguladı. Sektörler arası iş birliği ile hizmetlerin sunumunda koordinasyonu ve etkiyi artırdığı, faaliyetlerin yürütülmesini kolaylaştırdığı, kapsamı artırdığı, işlerin daha hızlı çözüldüğü ifade edildi. Finansal kaynakların artırılması, yeterli sayıda uzman personel istihdamı ile hizmetlerin geliştirilmesi, bölgeye yapılacak yatırımların artırılması, yasal düzenlemeler ile yapının güçlendirilmesi gerektiği ifade edildi.

*"Yani belediyeler aslında burada danışman pozisyonundadır. Hatta ilk başvuru yeri diyebiliriz. Biz zaten yerelde olduğumuz için insanların en iyi tanıyan, neye ihtiyacı olduğunu en iyi bilen, gereksinimlerini belirleyen, yani merkezinde olduğumuz ama yerine göre daha ilgili bürokrasi ile desteklenen model oluşturulması gerekir."* (Sağlık çalışanı 7)

*"...Belediyenin sunduğu bertaraf hizmetleri vardır bunlar ölü hayvanların vs., yine sanayi yatırımlarının atıklarının toplandığı bir sistem vardır. Tüm bunları yerel yönetimler ekonomik gücünün olduğu kadar yapabilir. Artı bunu merkezi hükümetin siyasi otoritenin vereceği katkılarla yapabilir. Yerel yönetimler, taş ocaklarını kapatamaz, oradaki atışı durduramaz veya arıtmayı kapatamaz. Bunlar ancak merkezi hükümetle ve siyasi otoriteyle yapılabilir... Topluma daha iyi hizmet verebilmek için otorite merkezi, hükümet ve yerel yönetim iş birliği şart. İş birliği olmadığı zaman her şey sıkıntılı olur."* (Meclis üyesi 3)

"*...en fazla iş belediyeye düşer. Yeni bir konut bölgesi yapılır orada ne su var ne yol var. Karayolları ve su dairesi çözecek olsa bile belediyenin ilgilenmezse çözülmeyecek. Yani belediyeler en öne sıradadır. Diğer devlet kurumlarıyla koordinasyonu onlar sağlar."* (Muhtar 3)

*"... sağlığı olmayan bir toplumun ne ekonomisi düzelir ne geleceği. Yerel yönetimler de bu çalışmaların genelde merkezinde olması lazım."* (Muhtar 2)

*"...kurumların desteğiyle birlikte belediyelerin güçlendirilmesiyle altından kalkabilir...Yukarda bahsettiğim gibi devletin tüm kurumlarıyla koordineli iş birliği içerisinde, belediyelerin mali yapısı güçlendirilerek, yasal mevzuat sorunları çözülerek sağlanabileceği inancındayım."* (Belediye çalışanı 1)

*"...bunlar hem sağlık ocaklarıyla hem de belediyelerle birlikte yürütülüyor. Yerel yönetimlerde dediğim gibi meslek elemanları çoğaldı. Sağlık ocağının da yükü çok fazla ve birlikte bir iş birliği olduğu zaman çok daha güzel hizmetler ortaya çıkabilir. Birliktelikten de çok güzel şeyler yapılabilir, gidip birebir ilgilenmek lazım.* (Sağlık çalışanı 4)

*"...Sağlık Bakanlığı bir adım atarsa yerel yönetimler gerisini getirir. Sağlık Bakanlığı, bölgemize bir sağlık ocağı yapsa, belediye temizliğini, bakımını gerisini yapar, halleder. Hükümet tarafından yerel yönetimler desteklenirse üstesinden gelir."* (Meclis üyesi 3)

*"...yerel yönetimin yapacağı her bir yatırım, o bölgede yaşayan insanın cebinden çıkacak olan bir yatırımıdır. Ancak; bunlar, merkezi hükümetin desteğiyle yapabilecek şeylerdir."* (Meclis üyesi 3)

*"...yeter ki o imkanlar bu insanlara sağlansın, yasal mevzuatta önemli tabii. Çünkü hemşire gitsin, bunu yapsın demekle olmuyor. Onun yetkisini de düzenleyeceksin.* (Meclis üyesi 1)

*"Mesela belediyeler de bütçelerini kullanarak kendi bünyelerinde fizyoterapist işte evde bakımını sağlayacak hemşire evde bulunduğu ortamı denetleme, bakıcıların eğitimi gibi hizmetleri verebilirler".* (Sağlık çalışanı 5)

*"Şimdi yerel yönetimlerden ilgili bunu ben bunu söyleyebilmek için yerel yönetimlerin personel gücünü ve yasal mevzuatını da bilmek lazım. Kadronun bir kere güçlenmesi gerekir. Biz burada bu sayıya bu hizmet veririz ama eğer bu yerel yönetimin çatısı altındaki bütün bölgeye yayılacak olursa biz sağlık profesyoneli sayısı olarak yetersiz kalabiliriz. Yani anladığım lojistik açısından belediyenin alt yapısı güçlüdür. Ama sağlık profesyonelleri sayısının artırılması gerektiğini düşünüyorum…Yani benim alanım için evde bakım çok fazla olamayabilir çünkü danışmanlık hizmeti gibidir ama bu bir yatan kişiyse mutlaka ulaşılması gerekir. Hizmeti burada alabilecekler ve burada alamayacaklar birbirinden ayrılması gerekir. Evde yatağa bağımlı hasta için evlere ulaşılması gerecek. Bu durumda da personel güçlendirmesi yapması gerekecek."* (Sağlık çalışanı 7)

***Alt Tema 6. Sağlık Hizmetlerine Erişim***

Katılımcılar, bölge halkı için 24 saat sağlık hizmetine ulaşabilmesinin bir ihtiyaç olduğunu belirtildi. Katılımcıların birçoğu bölgenin konumu, yeterli ve etkin sağlık hizmeti veren kurumların olmaması nedeniyle bölgeye hizmet verecek tam teşekküllü bir merkeze ihtiyaç duyulduğu da ifade etti.

*"Hastane mesai saatleri dışında kapanıyor. Aynı durum belediye içinde geçerli. Buna bir çözüm getirilmeli, mesainin bitmemesi lazım. Mesaiden sonra da bir nöbetçi kalır, bir sistem olması lazım. En azından bir çağrı merkezi, bir çağrı merkezi olması lazım işte."* (Meclis üyesi 1)

*"Bölgemize hastane yapılacaktı. Buradaki sağlık ocağı yeterli değildir. Öyle kaldı kimse ilgilenmedi. Bu bölgenin ihtiyacıdır... bu hizmetlerin daha fazla genişletilmesi lazım."* (Muhtar 1)

*"Bölgemize, tam donanımlı, 7/24 çalışan ve insanımıza daha iyi hizmet verebilecek hastane düzeyinde bir yer açılması gerekir."* (Meclis üyesi 1)

*"Bölgemizde ciddi bir nüfus var ve merkezi hükümetin özellikle bölgede poliklinik hizmetlerinin sunabileceği, bir hastaneye açması gerekir. Bu hem Lefkoşa'daki merkez hem de Mağusa'daki iki hastanenin yükünü azaltır. Çünkü bu bölgede buraya hizmet edebilecek donanımlı bir hastane olması gerekir. Zaten geçmişte böyle bir proje başlatıldı ancak siyasi nedenlerden dolayı yapılamadı."* (Meclis üyesi 3)

*"Sağlık sisteminden kaynaklı tüm bölgeye hizmet edecek bir merkezimiz yoktur. Yapılması planlanmış fakat siyasi sebeplerden ötürü yapımı sağlanamamıştır. Bölgemizde 16 köyün vardır ve bu insanlar bir enjeksiyonu yapmak için bile Lefkoşa etmek zorundadırlar. Yeterli miktarda doktorumuz yoktur ve bunun da devletimizin sağlık sisteminden kaynaklandığını düşünüyorum."* (Meclis üyesi 4)

*"Şu andaki zaten sağlık merkezi doksanlı yıllarda inşa edilen ve üzerine hiçbir şey eklenmeyen yapıldığı zamandan beri, hiçbir şekilde geliştirilmeyen bir merkezdir. Gelişmesi için çok daha fazla şeyler yapılabilir. Sadece çocuk doktoru, diş doktoru ve bir dahiliye doktorunun dönüşümlü olarak gelmesi yerine. Küçük hastane şeklinde tasarlanıp üzerine kat çıkılıp, çeşitli doktorların gelmesi sağlanabilir. Örneğin; kardiyoloji servisi olabilir. Kıbrıs'a baktığında bir sürü insanda mesela kalp sorunu vardır. En fazla da ama çok bilinmeyen bir rahatsızlık insanların muzdarip olduğu kalp kanserdir. Bu konularda geliştirilebilir. Hastane, 7/24 insanlara müdahale edebilmesi için nöbetçi doktor olabilir. Geceleri orada. Mesai saati bir şey olduğu zaman bölgemiz talep ettiğinde Lefkoşa'ya gidene kadar ya da Mağusa'ya gidene kadar kendi hastanemizde tedavi edilebilecek kapasiteye getirilebilir."* (Muhtar 4)

"*...daha etkin bir sağlık hizmeti verecek, bir sağlık ocağı açılsa halkımız için daha iyi yararlı olur. Lefkoşa'ya gitmesine gerek kalmaz."* (Meclis üyesi 5)

## 4.13. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA OLUŞTURULAN MODEL VE MODELE İLİŞKİN BULGULAR

### 4.13.1. Modelin Oluşturulması

Araştırmanın nicel aşamasında bölge halkın görüşlerinden elde edilen bölgede yaşayan halkın sağlık gereksinimlerini karşılayacak hizmet modeline ilişkin bulguların %67,6 evde bakım hizmeti olduğu, nitel aşamasında ise yerel yöneticiler ve sağlık çalışanlarının görüşlerinden elde

edilen bulguların bölgenin 65 yaş üzeri nüfus popülasyonun çok fazla olduğunu, 65 yaş üzeri nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusa verilecek hizmetlerin geliştirilmesinin önemli hale geldiği ayrıca evde bakım modelinin multidisipliner bir ekiple veya iş birliği içerisinde koordineli olarak yapılması gerektiği ifade edildi. Araştırmanın birinci aşamasından elde edilen bulgular doğrultusunda, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi yöneticilerinin de görüşleri alınarak "Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Hizmeti" oluşturuldu. "Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Hizmeti"nin kapsamı ve geçerliği için sağlık çalışanlarının ve bölge halkından bazı kişilerin görüşleri alınarak son hali verildi.

#### *4.13.1.1. Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Hizmeti Sunumu*

**Amaç**

Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylere yönelik evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetlerinin planlanması, bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin belirlenerek ihtiyaçlarına uygun bakım ve desteğin verilmesi amaçlanmaktadır.

**Kapsam**

Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmeti, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylere verilecek evde bakım ve sosyal destek hizmetlerini kapsar.

**Tanımlar**

**Değirmenlik Akıncılar Belediyesi:** Değirmenlik beldesi sınırları içerisindeki yerel hizmetlerden sorumlu yerel yönetim organıdır.

**Sağlık ve Sosyal Destek Şubesi:** Değirmenlik Akıncılar Belediyesi bünyesinde sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu birimidir.

**Şube Amiri:** Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin yönetim, organizasyonu ve işleyişinden sorumlu kişiyi tanımlar.

**Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Birimi**: Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş üzeri bireylere yönelik evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetlerinin planlanması, 65 yaş üzeri bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin belirlenerek ihtiyaçlarına uygun bakım ve desteğin verilmesi hizmetlerini ve bu hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu personeli tanımlar.

**Hizmetlerin Sunumundan Sorumlu Personel**

Evde sağlık ve sosyal destek hizmetinin uygulanmasından Evde Sağlık ve Sosyal Destek Biriminde çalışan hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, kuaför, gastronomi uzmanı ve teknik personel sorumludur.

*Hekim:* Hastane, sağlık ocağı veya özel kliniklerde çalışan evde sağlık bakımı ve destek hizmetlerinden yararlanacak 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık durumlarını değerlendiren, tedavi programını oluşturan ve takip eden hekimi tanımlar.

*Hemşire:* Bireylerin (65 yaş ve üzeri) başvurularının alınarak ilk değerlendirmenin yapılması ve sorunlarının belirlenmesinden ve ortaya çıkan sorunlara yönelik hemşirelik bakım planı hazırlanmasından sorumludur. Hasta ile hekimi arasında iletişimi sağlayan köprü görevini üstlenir. Bununla birlikte hizmetin evde sağlık ve sosyal destek ekibi tarafından sürdürülmesini koordine eder. Hemşirenin bu hizmetlerin yürütülmesinde görev alması için evde bakım hizmetleri konusunda sertifika almış olması gerekmektedir.

*Fizyoterapist:* Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetine gereksinim duyan bireylere, ihtiyacına yönelik rehabilitasyon program hazırlanması ve uygulanmasından sorumludur.

*Diyetisyen:* Bireylerin beslenme durumlarının belirlenmesi ve gereksinimine uygun diyet programları ve yemek listeleri hazırlanması ayrıca yeterli ve dengeli beslenmediği tespit edilen bireylerin ihtiyacına uygun menüler hazırlanmasından sorumludur.

*Psikolog:* Bireylerin, psikolojik yönden desteğe ihtiyacı olup olmadığının değerlendirilmesinden ve tespit edilen sorunlara yönelik girişimlerin uygulanmasından sorumludur.

*Sosyal hizmet uzmanı:* Bireylerin ihtiyaçlarını tanımlamak ve yardım planı geliştirmek için hastanın ve ailesinin içinde bulunduğu durumu ve işlevselliğini değerlendirmeye yönelik hizmetlerin uygulanmasından sorumludur.

*Kuaför:* Bireylere sunulacak kişisel bakım hizmetlerinin uygulanmasından sorumludur.

*Gastronomi uzmanı:* Yeterli ve dengeli beslenemediği tespit edilen 65 yaş ve üzeri bireylere diyetisyen tarafından hazırlanan menülerin pişirilmesi, uygun koşullarda saklanması ve paketlenmesinden sorumludur.

*Teknik personel:* Gastronomi uzmanı tarafından pişirilen yemeklerin bireylere ulaştırılmasından ayrıca elektrikli ev aletleri, sıhhi tesisat gibi teknik konularda bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırılmasını sağlamak, teknik elemanların yetki alanları dışında olması durumunda rehberlik yapmakla sorumludur.

**Faaliyet Akışı**

*1. Başvuruların Alınması ve Değerlendirilmesi:* Evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmeti almak isteyenler Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Sağlık ve Sosyal Destek Şubesi evde sağlık bakımı ve sosyal destek birimine ailesi veya kendisi tarafından ulaşır. Başvurular yazılı ve sözlü olarak hemşire tarafından alınır. Başvuru sırasında istenecek belgeler ise;

a) Dilekçe,
b) KKTC Türk Cumhuriyeti Kimlik Kartı /Nüfus cüzdanı/ Pasaport fotokopisi,
c) Alzheimer ve demans hastası olan yaşlı bireyler için günlük yaşam aktivitelerini de içeren ayrıntılı epikriz raporu,
d) 65 yaş ve üzeri bireyin genel sağlık durumunu içeren ayrıntılı hekim raporu.

2. Hizmet, başvuru alındıktan sonra, bireyin sağlık durumu göz önünde bulundurularak hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve ilgili sağlık çalışanı tarafından hastanın yaşadığı ortamda gözlemlenmesi, sorunlarının tanımlanarak belirlenmesi ile başlar.

*2.1.Hizmet alacak bireyin ihtiyacının tanımlanması:* Bireyin ihtiyacının tanımlanması için "65 Yaş ve Üzeri Birey Tanılama Formu" kullanılır. Kişisel bilgileri, eğitim ve medeni durumu, iletişim numaraları ve acil durumlarda iletişim kurulacak kişiler, sosyal güvencesi değerlendirilir. Bağımsızlık durumu değerlendirmek amacıyla gözlük, işitme cihazı, tekerlekli sandalye ve yürüteç gibi yardımcı araç kullanımı, tanısı konmuş hastalıklar ve kullanılan ilaçları, ayrıca günlük yaşam aktivitelerinin genel bağımsızlık durumlarının değerlendirilmesi, mevcut bakıcı durumu ve eğitimi, psikososyal yönden kaldığı evin durumu ve evde kimlerle kaldığı, çocukları komşuları ve yakınları ile görüşme durumu, katıldığı sosyal aktiviteler ve yaşlılıkla ilgili düşünceleri değerlendirilir. Sağlık çalışanları ve sosyal hizmet tarafından bireyin yaşadığı ortamda yaptıkları gözlem ve değerlendirmeler ile gereksinimler belirlenir. Her değerlendirme sonrası birim toplantısı yapılarak sunulacak hizmete ilişkin görüşler alınır ve verilecek hizmete karar verilir. Birim toplantısında alınan karar, son olarak şube amiri tarafından onaylandıktan sonra uygulanır.

*2.2. Hemşirelik bakımı ve takibi:* Hemşire tarafından verilen hizmetleri tanımlar. Hemşire, "Hemşire Bakım ve Takip Formu" ile bireyi değerlendirir ve bireyin hemşirelik bakımını planlar. Hemşirenin ziyaret sırasındaki gözlemleri, ziyaret sayısı, hastanın yaşamsal bulguları, hemşirelik tanısı, girişimleri ve uygulamaları, ağrının değerlendirilmesi ve ağrı için yapılan uygulamalar, hizmet alan birey ve ailesine verilen eğitimler, yapılan değerlendirmeler ve bir sonraki ziyarette yapılması planlanan uygulamalar ve bir sonraki ziyaret tarihi belirlenerek kaydedilir. Hemşire en az ayda 1 kez olmak üzere ziyaretlerini gerçekleştirir. Hemşirelik bakım planı sonuçlarına ve "Bakım Bağımlılığı Ölçeği"nden alınacak puanlar doğrultusunda değerlendirmeler yaparak, hemşire ilgili sağlık çalışanına bilgi verir.

*2.3. Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri:* Fizyoterapist tarafından verilen hizmetleri tanımlar. Bireyin hareket durumunun değerlendirilmesi yapılır. Düşme riskinin belirlenmesi için "İtaki Düşme Riski Ölçeği" kullanılır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programın bireyin ihtiyacı doğrultusunda, başvuru sırasında sunulan genel sağlık durumu raporu göz önünde bulundurularak belirlenir, hizmet alan bireydeki gelişimler izlenerek rapor edilir. Bireyin gelişim düzeyine göre uygulanacak programın içeriği ve süresinde değişiklikler yapılabilir.

*2.4. Sağlıklı beslenme danışmanlığı ve diyet:* Diyetisyen tarafından verilen hizmetleri tanımlar. Beslenme durumuna yönelik ihtiyacın belirlenmesi için kilo takibi, yatağa bağımlı bireylerde baldır ve kol çevresi ölçümü yapılır. Yetersiz beslenme risklerini değerlendirmek için "Mini Nutrisyonel Test" kullanılır. Diyetisyen hastayı en az ayda 2 kez ziyaret eder.

*2.5. Psikolojik destek ve danışmalık:* Psikolog tarafından verilen hizmetleri tanımlar. Bireyin, psikolojik yönden desteğe ihtiyacı olup olmadığı, tespit edilen sorunların çözümü için bireyin ailesi ve en yakın çevresi ile mesleki ilişki kurarak çözmeye çalışır. Süreç içerisinde planlanan danışmalık hizmeti ve hizmetin ne kadar süre verileceği belirlenir. Mental ve zihinsel değerlendirme için "Mini Mental Test" ve "Geriatrik Depresyon Ölçeği" kullanılır.

*2.6. Kişisel bakım hizmetleri:* Kuaför tarafından verilen hizmetleri tanımlar. Yatağa bağımlı bireyde ihtiyaç duyulan kişisel bakım hizmetleri; saç banyosu, saçların kesilmesi ve taranması ve kişisel hijyendir. Bireyin ihtiyaç duyduğu bakım hizmeti hemşire tarafından belirlenerek kuaför tarafından uygulanır. Yaşlı bireye verilen kişisel bakım hizmeti kuaför tarafından "Kişisel Bakım Forumu"na kaydedilir. Bireyin talebi halinde en az ayda bir kez kişisel bakım hizmeti verilir.

*2.7. Yemek Yardımı Hizmetleri:* Yalnız yaşayan, kimsesi olmayan, zihinsel ve fiziksel yönden kendi yemek gereksinimini karşılayabilecek durumda olmayan kişilere, günde bir kez öğle yemeği verilir. Menü, diyetisyen tarafından belirlenir ve gastronomi uzmanı tarafından hazırlanır. Yemeklerin dağıtımı teknik personel tarafından yapılır. Destek alacak kişilerin yukarıda belirtilen kriterlere uygunluk durumu hemşire tarafından yerinde yapılacak incelemelerle belirlenir.

*2.8. Teknik Servis Hizmetleri:* Bireylerin yaşadıkları alanlarda teknik servis ve onarım ihtiyaçlarının giderilmesi amacı ile teknik eleman temininde yardımcı olmak üzere teknisyen/teknisyen yardımcılarından oluşan bir teknik servis kurulur. Görevli teknik elemanların yetki alanında bulunan elektrikli ev aletleri, sıhhi tesisat gibi teknik konularda bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırılmasını sağlamak, teknik elemanların yetki alanları dışında olması durumunda rehberlik yapmakla ayrıca öğle yemeklerinin dağıtılmasından sorumludur.

**3. Verilen Hizmetleri Değerlendirme Süreci:** Bireyin gereksinimleri doğrultusunda belirlenen ve uygulanan hizmetlerin değerlendirilmesidir.

3.1. Bireylerin durumlarını değerlendirmek amacıyla her ay ekip üyeleri ile toplantılar yapılır.

3.2. Hemşire bireylerin sağlık düzeylerindeki değişimleri belirlemek amacıyla Bakım Bağımlılığı Ölçeği'ni kullanarak en az ayda 1 kez olmak üzere değerlendirmeler yapar.

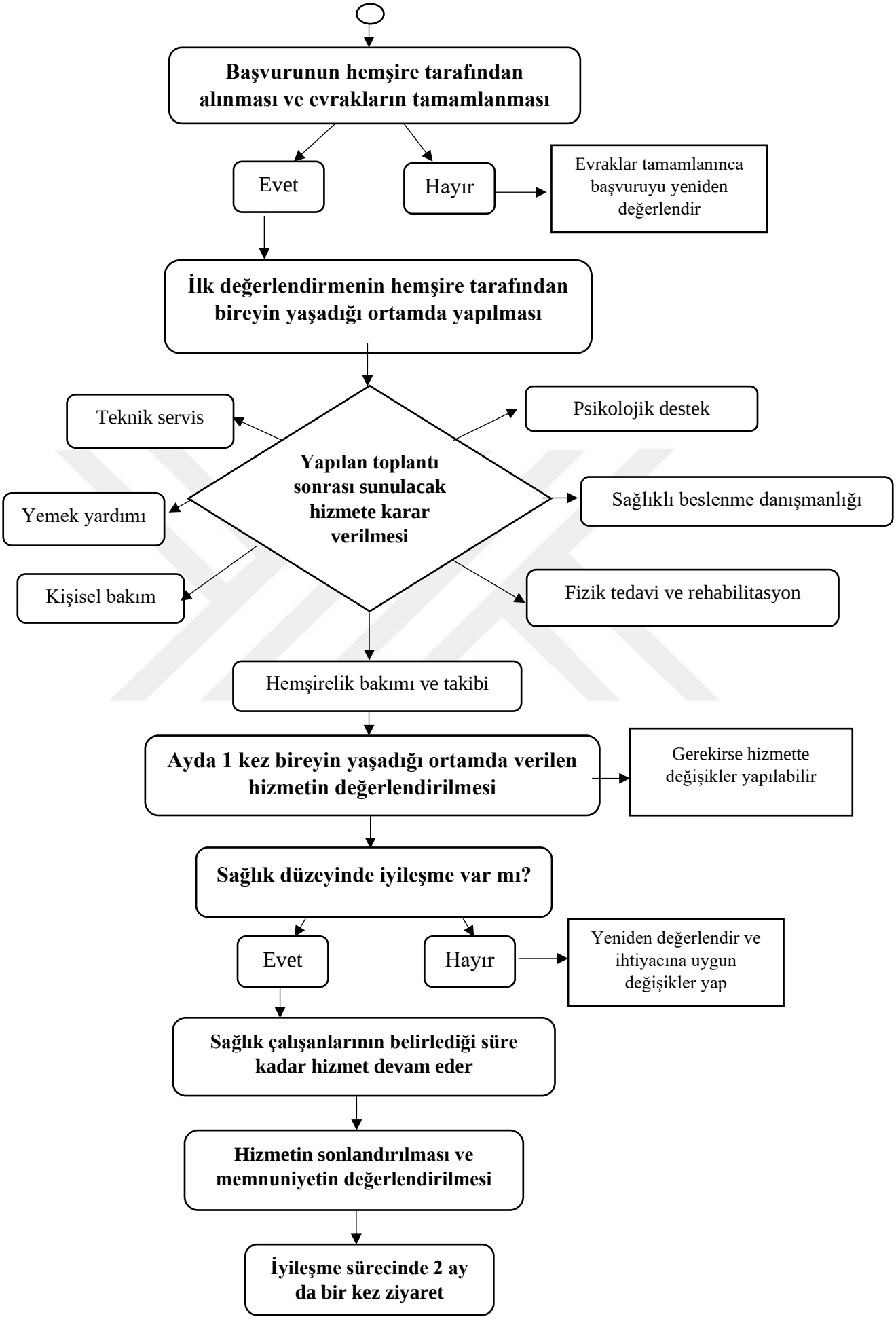
3.3. Sağlık çalışanları uygulama alanları ile ilgili en az ayda 1 kez olmak üzere değerlendirmeler yapar.

3.4. Evde sağlık bakımı ve sosyal destek birimi ekibi ayda 1 kez toplanarak hizmet verilen bireylerin, sağlık düzeylerindeki değişimleri, hemşirelik bakım planı sonuçları ve Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden alınan puanlar doğrultusunda değerlendirir. Ekip tarafından yapılan değerlendirme sonrasında verilen hizmetin içeriğinde değişiklikler yapılabilir. Yapılan değişiklikler şube amirinin onayı sonrasında uygulanır.

**5.4. Hizmetin sonlanması ve memnuniyetin değerlendirilmesi:** Bireye verilen hizmet sonrası sağlık düzeylerinde görülen iyileşme ile sürecin sonlaması, bireyin vefatı ve kendi isteği ile olabilir. Hizmetin etkililiğinin değerlendirmek için hizmetin sonlaması ile memnuniyetin değerlendirilmesi yapılır. Bireyin sağlık düzeyinde görülen iyileşme veya kendi isteği ile sonlaması durumunda bilinci yerinde ise birey tarafından Hizmet Değerlendirme Anketi

doldurulur. Sağlık düzeyindeki iyileşmeye bağlı olarak en az 2 ayda bir kez olmak üzere birey yaşadığı yerde ziyaret edilir. Bireyin vefatı veya bilincinin yerinde olmaması durumunda ailesi veya bakım veren kişi tarafından Hizmet Değerlendirme Anketi doldurulur.

Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Hizmet Modeli'nde uygulanacak faaliyet akışı Şekil 4.13'de özetlenerek sunuldu.




**Şekil 4.13: Evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmet modeli faaliyet akışı**

### 4.13.2. Modelin Ön Uygulamasına Yönelik Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Sağlık ve Sosyal Destek Şubesi tarafından yapılan gelişigüzel duyurular ile Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek hizmetinden gönüllü olarak yararlanmak için başvuru yapan 6 kişi oluşturdu. 6 kişinin tamamı aile yakınları tarafından dilekçe ile sağlık ve sosyal destek şubesine başvuru yaparak hizmetten yararlanmaya gönüllü oldu. Başvuru dilekçeleri ve başvuru sırasında alınması gereken evraklar hemşire tarafından alınarak değerlendirildi. Örneklem grubunun tamamının başvuru sırasında sunduğu dilekçeler ve hekim raporları incelendiğinde, hareket kısıtlılığı konusunda yaşadığı sorunlara yönelik sağlık hizmeti talep ettiği belirtildi. Hizmet almak isteyen bireyler hemşire ve fizyoterapist tarafından yaşadıkları ortamda 65 Yaş ve Üzeri Birey Tanılama Formu, Hareket Durumu Değerlendirme Formu ve Hemşire Bakım ve Takip Formu kullanılarak değerlendirildi. Ayrıca her birey için hemşire tarafından bakım planı oluşturuldu.

#### *4.13.2.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ve sağlık durumlarına ilişkin bulgular*

Katılımcı A'nın sağlık durumu değerlendirmesi hemşire ve fizyoterapist tarafından yapıldı. Katılımcı 73 yaşında, kadın, okuryazar olmayan, maaşı olmayan ve ev hanımıdır. Yapılan ilk değerlendirmede, katılımcının sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşaması nedeniyle kızının yardımlarıyla iletişim sağlandı. Katılımcının 6 ay önce anjiyo sırasında sol hemipleji geçirdiği, yaklaşık 5 ay hastanede tedavi gördüğü ifade edildi. Katılımcının yatağa bağımlı olduğu, peg ile beslendiği, bez ve üretral sonda kullandığı, kendi kişisel hijyeni ve özbakımı sağlamada başkalarına bağımlı olduğu bakımın kızı ve bakıcısı tarafından sağlandığı ifade edildi (Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanı 22). Katılımcı evde çocukları, eşi ve bakıcısı ile kalmaktaydı. Yapılan ilk değerlendirmede düşme riski açısından yüksek riskli olduğu belirlendi (İtaki Düşme Ölçeği puanı 12). Kas zayıflığı nedeniyle hafta 3 kez fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi, hemşire tarafından 15 günde 1 kez ziyaret edilerek yaşamsal bulgularının takibi ve ayda 1 kez kişisel bakımı için destek verilmesine karar verildi (Tablo 4.58) (Tablo 4.59).

Katılımcı B'nin sağlık durumu değerlendirmesi hemşire ve fizyoterapist tarafından yapıldı. Katılımcı 71 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, eşinin sosyal sigorta maaşı ile geçimini sağlamakta ve yardımcı araç olarak yürüteç ve gözlük kullanmaktadır. Yapılan ilk değerlendirmede katılımcı yemek yapma, yemek yeme, kendi özbakımını sağlama, boşaltımını sağlama, giyinme ve soyunma bağımlı olmadığını ifade etti (Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanı 74). Katılımcı 1 yıl önce sağ hemipleji nedeniyle hareket kaybı yaşadığı ve rehabilitasyon

hizmeti aldığı fakat halen yürüteçle yaşamını devam ettirdiğini ifade etti. Yapılan ilk değerlendirmede düşme riski açısından yüksek riskli olduğu belirlendi (İtaki Düşme Ölçeği puanı 14). Katılımcı evde yaşadığını, çocukları ve komşuları ile düzenli olarak görüştüğünü ifade etti. Yapılan ilk değerlendirmede kas zayıflığı nedeniyle hafta 2 kez fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi, hemşire tarafından 15 günde 1 kez ziyaret edilerek yaşamsal bulgularının takibi ve ayda 1 kez kişisel bakımı için destek verilmesine karar verildi (Tablo 4.58) (Tablo 4.59).

Katılımcı C'nin sağlık durumu değerlendirmesi hemşire ve fizyoterapist tarafından yapıldı. Katılımcı 68 yaşında, erkek, ilkokul mezunu, sosyal sigorta emeklilik maaşı ile geçimini sağlamaktadır. Yapılan ilk değerlendirmede, katılımcının sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşaması nedeniyle kızının yardımlarıyla iletişim sağlandı. Katılımcının 3 ay önce intrakraniyal hematom nedeniyle sol hemipleji geçirdiği, yaklaşık 2 ay hastanede tedavi gördüğü belirtildi. Katılımcının yatağa bağımlı olduğu, sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşadığı, yemek gereksinimini karşılayabilmede bağımlı olduğu bez kullandığı, kendi kişisel hijyeni ve özbakımı sağlamada başkalarına bağımlı olduğu, bakımın kızı tarafından sağlandığı belirlendi (Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanı 21). Katılımcı evde çocukları ile kalmaktaydı. Yapılan ilk değerlendirmede düşme riski açısından yüksek riskli olduğu belirlendi (İtaki Düşme Ölçeği puanı 18). Kas zayıflığı nedeniyle hafta 3 kez fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi, hemşire tarafından 15 günde 1 kez ziyaret edilerek yaşamsal bulgularının takibi ve ayda 1 kez kişisel bakımı için destek verilmesine karar verildi (Tablo 4.58) (Tablo 4.59).

Katılımcı D'nin sağlık durumu değerlendirmesi hemşire ve fizyoterapist tarafından yapıldı. Katılımcı 84 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, sosyal sigorta emeklilik maaşı ile geçimini sağlamakta ve yardımcı araç olarak yürüteç ve gözlük kullanmaktadır. Yapılan ilk değerlendirmede, katılımcının sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşaması nedeniyle bakıcısı ve oğlunun yardımlarıyla iletişim sağlandı. Katılımcının yaklaşık 10 yıldır Alzheimer nedeniyle tedavi gördüğü ifade edildi. Katılımcının hastalığı nedeniyle hareketlerinde yavaşlama olduğu, sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşadığı, yemek gereksinimini karşılayabilmede bağımlı olduğu bez kullandığı, kendi kişisel hijyeni ve özbakımı sağlamada başkalarına bağımlı olduğu bakımın bakıcısı tarafından sağlandığı ifade edildi (Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanı 22). Katılımcı evde bakıcısı ile kalmaktaydı. Yapılan ilk değerlendirmede düşme riski açısından yüksek riskli olduğu belirlendi (İtaki Düşme Ölçeği puanı 20). Yapılan ilk değerlendirmede kas zayıflığı nedeniyle hafta 2 kez fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi, hemşire

tarafından 15 günde 1 kez ziyaret edilerek yaşamsal bulgularının takibi ve ayda 1 kez kişisel bakımı için destek verilmesine karar verildi (Tablo 4.58) (Tablo 4.59).

Katılımcı E'nin sağlık durumu değerlendirmesi hemşire ve fizyoterapist tarafından yapıldı. Katılımcı 67 yaşında, erkek, ilkokul mezunu, sosyal sigorta emeklilik maaşı ile geçimini sağlamakta ve yardımcı araç olarak baston ve gözlük kullanmaktadır. Katılımcının 2 yıl önce intrakraniyal hematom nedeniyle sol hemipleji geçirdiği, yaklaşık 2 ay fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti aldığını ifade etti. Yapılan ilk değerlendirmede, katılımcının beslenme gereksinimini karşılayabilmede yarı bağımlı olduğu, kendi özbakımını sağlama, boşaltımını sağlama, giyinme ve soyunmada yarı bağımlı olduğu ve eşinin yardımlarıyla bakımının sağlandığı belirlendi (Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanı 70). Katılımcı 2 yıl önce sol hemipleji nedeniyle hareket kaybı yaşadığını ve rehabilitasyon hizmeti aldığını fakat halen bastonla yaşamını devam ettirdiğini ifade etti. Yapılan ilk değerlendirmede düşme riski açısından yüksek riskli olduğu belirlendi (İtaki Düşme Ölçeği puanı 12). Yapılan ilk değerlendirmede kas zayıflığı nedeniyle hafta 2 kez fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi, hemşire tarafından 15 günde 1 kez ziyaret edilerek yaşamsal bulgularının takibi ve ayda 1 kez kişisel bakımı için destek verilmesine karar verildi (Tablo 4.58) (Tablo 4.59).

**Tablo 4.58:** Katılımcıların özelliklerine demografik özelliklerine ve sağlık durumlarına ilişkin bulgular.

| | **Yaş** | **Cinsiyet** | **Eğitim durumu** | **Geçim durumu** | **Yardımcı araç kullanımı** | **Bakım veren kişi** | **Başvuru nedeni** | **Bakım bakımlılığı ölçeği puanı** | **İtaki düşme ölçeği puanı** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A** | 73 | K | Okuryazar değil | Maaşı yok | Yatağa bağımlı | Bakıcı ve kızı | Sol hemipleji-hareket kaybı | 22 | 12 |
| **B** | 71 | K | İlkokul mezunu | Eşinin sosyal sigorta maaşı | Yürüteç, gözlük | Yok | Sağ hemipleji-hareket kaybı | 74 | 14 |
| **C** | 68 | E | İlkokul mezunu | Sosyal sigorta emeklisi | Yatağa bağımlı | Kızı | Sağ hemipleji-hareket kaybı | 21 | 18 |
| **D** | 84 | K | İlkokul mezunu | Sosyal sigorta emeklisi | Yürüteç, gözlük | Bakıcı | Alzheimer-hareketlerde yavaşlama | 22 | 20 |
| **E** | 67 | E | İlkokul mezunu | Sosyal yardım maaşı | Baston, gözlük | Eşi | Sol hemipleji-hareket kaybı | 70 | 12 |
| **F** | 78 | K | İlkokul mezunu | Sosyal yardım maaşı | Yürüteç, gözlük | Bakıcı | Koah-hareketlerde yavaşlama | 37 | 19 |

Katılımcı F'nin sağlık durumu değerlendirmesi hemşire ve fizyoterapist tarafından yapıldı. Katılımcı 78 yaşında, kadın, ilkokul mezunu, sosyal yardım maaşı ile geçimini sağlamakta ve yardımcı araç olarak yürüteç ve gözlük kullanmaktadır. Yapılan ilk değerlendirmede, katılımcının sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşaması nedeniyle bakıcısı ve

oğlunun yardımlarıyla iletişim sağlandı. Katılımcının yaklaşık 2 yıldır KOAH nedeniyle tedavi gördüğü ifade edildi. Katılımcının hastalığı nedeniyle hareketlerinde yavaşlama olduğu, sözel iletişim kurmada sıkıntı yaşamadığı ifade edildi. Yapılan ilk değerlendirmede, katılımcının yemek gereksinimini karşılayabilmede yarı bağımlı olduğu, kendi özbakımını sağlama, boşaltımını sağlama, giyinme ve soyunmada yarı bağımlı olduğu ve bakıcısının yardımlarıyla bakımının sağlandığı belirlendi (Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanı 37). Katılımcı evde bakıcısı ile kalmaktaydı. Yapılan ilk değerlendirmede düşme riski açısından yüksek riskli olduğu belirlendi (İtaki Düşme Ölçeği puanı 19). Kas zayıflığı nedeniyle hafta 2 kez fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi, hemşire tarafından 15 günde 1 kez ziyaret edilerek yaşamsal bulgularının takibi ve ayda 1 kez kişisel bakımı için destek verilmesine karar verildi (Tablo 4.58) (Tablo 4.59).

**Tablo 4.59:** Katılımcılara verilen hizmetlerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular.

| | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hemşirelik Bakımı** | 15 günde 1 kez ***(Toplam 6 kez) | 15 günde 1 kez (Toplam 6 kez) | 15 günde 1 kez (Toplam 6 kez) | 15 günde 1 kez (Toplam 6 kez) | 15 günde 1 kez (Toplam 6 kez) | 15 günde 1 kez (Toplam 6 kez) |
| **Fizyoterapi hizmeti** | Haftada 3 kez (Toplam 36 kez) | Haftada 2 kez (Toplam 24 kez) | Haftada 3 kez (Toplam 36 kez) | Haftada 2 kez (Toplam 24 kez) | Haftada 2 kez (Toplam 24 kez) | Haftada 2 kez (Toplam 24 kez) |
| **Kişisel bakım hizmeti** | Ayda 1 kez (Toplam 3 kez) | Ayda 1 kez (Toplam 3 kez) | Ayda 1 kez (Toplam 3 kez) | Ayda 1 kez (Toplam 3 kez) | Ayda 1 kez (Toplam 3 kez) | Ayda 1 kez (Toplam 3 kez) |
| ***Düşme riski puanı** | 12 12 10 | 14 13 10 | 18 18 18 | 20 20 20 12 | 10 7 19 | 15 13 |
| ***Bakım bağımlılığı puanı** | 22 30 53 | 74 74 78 | 21 20 21 | 22 23 23 70 | 72 75 37 | 39 41 |
| ****Memnuniyet puanı** | 100 | 90 | 80 | 90 | 90 | 100 |

**Düşme riski ve bakım bağımlılığı puanları sağlık düzeyindeki gelişmelerin izlenmesi açısından her ayın sonunda değerlendirilmiştir.*

***Memnuniyet puanı 100 üzerinden hesaplanmıştır.*

**** Modelin ön uygulaması boyunca bireylere yapılan toplam ziyaret sayısı belirtilmiştir.*

Hizmetin etkililiğinin değerlendirmek için üç ayın sonunda hizmeti alan bireyler tarafından Hizmet Değerlendirme Anketi doldurdu. Yapılan değerlendirmede Katılımcı A'nın puanı 100, Katılımcı B'nin 90, Katılımcı C'nin 80, Katılımcı D'nin 90, Katılımcı E'nin 90, Katılımcı F'nin 100 olduğu belirlendi. Katılımcılar, randevu saatlerinde yaşanan aksamaların düzenlenmesi konusunda önerilerde bulundular.

#### *4.13.2.2. Sağlık Çalışanlarının Görüşlerine İlişkin Bulgular*
#### *Evde sunulan hizmetlerin avantajı*

Hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanları (n=3), evde sunulan hizmetlerin yatağa bağımlı hastalarda riskleri azalttığı, tedaviyi kolaylaştırdığı, ortamın daha kolay hastaya uygun hale getirildiği, uyumunu kolaylaştırdığı ve güveni artırdığını ayrıca hastane enfeksiyonlarına yakalanma riskini azaltarak avantaj sağladığını ifade ettiler.

*"Bireyin yaşadığı ortamda verilen hizmetin yatağa bağımlı veya yürümekte zorlanan hastaların tedavi almasını kolaylaştırmakta, ev içerisinde oluşabilecek herhangi bir risk durumuna karşı önceden ev ortamını bireye uygun bir şekilde düzenlemek ve hastayı güvenli bir ortamda yaşamaya hazırlamayı sağlamakta, bireyin hastaneden bulaşabilecek enfeksiyon gibi risklerin oluşumunu engellemekte, bireyin ihtiyacı olan ilgi ve bakımı kendi yaşam alanı içerisinde almasına yardımcı olmakta, hastaneye gidemeyecek durumda olan hasta bireyler için kolay bir hizmettir."*(Fizyoterapist M)

*"Rehabilitasyon öncesi değerlendirme sırasında hastanın günlük yaşam aktivitelerine olan katılımı ve ev içi ihtiyaçları belirleyerek bu ihtiyaçlar doğrultusunda bir program oluşturmaktayız. Tüm bunları yaparken bireyin kendi ev ortamında olması kişinin programa olan adaptasyonunu kolaylaştırmaktadır. Evde fizik tedavi hizmetleri kişinin kendi konfor alanında tedavi almasını sağlarken hastanın tanıdık ve rahat ortamda olması nedeniyle tedavi sürecine daha kolay uyum sağlamasını, daha etkin ve hızlı bir tedavi almasını sağlar. Bireyin kendi konfor alanında olması tedavi sürecini pozitif yönde etkilerken tedavi sürecinde aile üyeleri ile bir arada olması da bireyin motivasyonunu artırmaya, böylece tedavi sürecini kısaltmaya katkı sağlar. Evde rehabilitasyon süreci bireyin bireysel ihtiyaçları ve yaşam tarzı göz önünde bulundurularak kişiye özel bir tedavi planı çerçevesinde ilerlemektedir. Bu durum sayesinde tedavi daha etkili bir hale gelirken tedavi hedeflerine daha hızlı ulaşılmakta ve tedavi sürecinin başarısı artmaktadır."* (Fizyoterapist H)

*"Yatağa bağımlı hasta ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırır. Hastanın hem fiziksel hem de psikolojik olarak destek almasına yardımcı olur. Hastanın ya da yaşlı bireyin sağlık durumunun düzenli olarak takip edilmesini sağlar. Bireylerin evlerinde aldıkları tedavi kendilerini daha güven hissetmelerini sağlar. Onların bakımını üstlenen kişiler gözlemlenir ve eğitimler verilir. Tüm bunlara ek olarak özellikle cerrahi sonrası rehabilitasyon sürecinde hastalar açısından en büyük risk teşkil eden durumlardan biri de hastane enfeksiyonu*

*riskidir. Rehabilitasyon süreci içerisinde hastanın kendi ev ortamında hizmet alması da yine bu riski önleme açısından biz sağlık çalışanlarına önemli bir avantaj sağlamaktadır."* (Hemşire B)

***Evde sunulan hizmetlerin dezavantajı***

Hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanları, evde sunulan hizmetlerin ekipman eksiklikleri nedeniyle tedavi süresini uzatıp kısıtlayabildiği, bakım verenlerin yükünün fazla olduğu, denetim eksikliklerinin görülebildiği, hastanın mahremiyeti açısından dezavantajlar oluşturabildiğini ifade ettiler.

*"Hasta bireyin hastane ortamında alacağı kapsamlı tedavinin minimuma düşmesi yani portatif olmayan cihazlardan hastanın yararlanamaması durumu ve böylece hastanın tedavi süresinin kısıtlanıp uzayabilmesini etkilemektedir. Hizmeti veren sağlık personelleri için daha sıkı ve denetim gerektiren multidisipliner tedavi programı hazırlanması gerekir. Aile üyeleri için hastanın tüm günlük yaşam aktivitelerinin sorumluluğunu yerine getirmesi aile bireyleri için zor hale gelebilmektedir."* (Fizyoterapist M)

*"Sağlık profesyonellerinin kendi alanı dışında hizmet vermeye çalışması hastanın hizmet sunum sürecini zorlaştırır. Kapsamlı tedavi alımı kısıtlanır ve verimliliği düşer. Birinin aralıksız olarak hastanın bakımını üstlenmesi gerekir. Yatağa bağımlı hasta iyi bir bakım almazsa yatak yaraları oluşma riski artar. Hastanın ev içindeki otoritesi bozulabilir diye düşünmekteyim"* (Hemşire B)

*"Evde rehabilitasyon hizmetinin sayabileceğimiz daha birçok avantajı olmasına rağmen bazı dezavantajlarını da gözden kaçırmamakta fayda var. Hizmet verdiğimiz süreç içerisinde hastanın kendi özel alanında olmamızın faydaları olsa da hastanın özel hayatının gizliliği açısından bir dezavantaj sağlamaktadır. Özellikle rehabilitasyonun ilerleyen dönemlerinde ev ortamı içerisinde profesyonel bir ekipman desteği sağlamak biz fizyoterapistler açısından oldukça zorlayıcı bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir diğer önemli dezavantaj ise biz sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması konusundaki zorluklardır."* (Fizyoterapist H)

***Evde sunulan hizmetlerin hastaya katkısı***

Hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanları, evde sunulan hizmetlerin kliniğe gitmeye zorlanan hastalar için kolaylık sağlamakta, hastanın güvende hissettiği ortamda rahat hizmet almasını sağlamanın hastaya yönelik katkı sağladığını ifade ettiler.

*"Hastane, klinik veya bir merkeze gitmekte zorlanan yatağa bağımlı veya yürümekte zorlanan bireyler için oldukça kolay bir hizmet şeklidir. Böylece birey evinden dışarı çıkamasa bile kendi evinde güvenli hissettiği ortamında tedavisini kolay ve rahat bir şekilde alabilmesini sağlamaktadır. Ayrıca sağlık personelleri hastanın ev ortamını gözlemledikten sonra gerekli olan değerlendirmeleri yapıp evde uygulanması gereken değişimleri de önerebilmektedir."* (Fizyoterapist M)

*"Sağlık merkezlerine gitmekte zorluk çeken hasta bireylerin sağlık hizmetlerini almaları kolaylaşır. Hastane ortamlarında hastalar psikolojik olarak gergin olurlar ve bu durum bireyi olumsuz etkiler, birey evinde verilen sağlık hizmetinden daha huzurlu ve güven içinde yararlanır."* (Hemşire B)

*"Bireyin kendi konfor alanında hizmet alması kişinin yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik katkı sağlarken zaman tasarrufu açısından da hastaya katkı sağlamaktadır. Özellikle yaşlı ve bağımlı bireylerde evde bakım hizmeti kişinin bir başkasına ihtiyaç duymadan hizmet almasını sağlamaktadır."* (Fizyoterapist H)

***Evde sunulan hizmetlerin sağlık profesyonellerine katkısı***

Hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanları, evde sunulan hizmetlerin multidisipliner yaklaşımla verilmesinin ortak kararlarla sunulması, gelişimlerine katkı sağlaması, her hastanın yeni bir tecrübe olmasının sağlık profesyonellerine katkı sağladığını ifade ettiler.

*"Sağlık personellerinin kendilerini her hasta bireyde daha fazla geliştirmesi ve daha başarılı bir tedavi sunmaları bizler için en büyük katkılardan biridir. Ayrıca verilen hizmetler multidisipliner bir çalışma olduğu için birçok alanda ortak kararlar almayı sağlamaktadır."* (Fizyoterapist M)

*"Bireyin ev içindeki sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyebilecek olumsuzlukları yerinde tespit ederek müdahale edebiliriz. Her bir vaka ile yeni bir tecrübe ve kazanım elde ederiz."* (Hemşire B)

*"Biz sağlık çalışanları bu bireylerin kendi ev ortamları içerisindeki eksikliklerini belirlemede ve her bir birey için ayrı bir program oluşturmaktayız. Bu durum da her bir hastada yeni bir tecrübe edinmemize olanak sağlamaktadır."* (Fizyoterapist H)

***Evde sunulan hizmetlerin belediye hizmetlerine katkısı***

Hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanları, evde sunulan hizmetlerin belediye hizmetlerinin sağlık hizmetleri açısından gelişmesine olanak sağladığı, insan sağlığına verilen önemin ön plana çıktığı, ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan diğer kurumların yükünü azaltarak belediyeye ve topluma katkı sağladığını ifade ettiler.

*"Belediyenin sunduğu hizmetin kalitesini ve başarısını artırmak ve sağlık yönünden belediyenin gelişimine katkı sağlamaktadır."* (Fizyoterapist M)

*"İnsan sağlığına verdiği önem ve ilgi ile ön plana çıkar. Yardıma ve bakıma muhtaç insanların hayatına dokunduğu için saygınlığı artar. Belde sınırları içerisindeki sağlık merkezleri, klinikler ve hastaneler üzerindeki iş yükünü alarak katkı sağlamış olur."* (Hemşire B)

*"Evde sağlık hizmetleri hastalara sağladığı avantajların yanında hastanelerin iş yükünü ve sağlık bakım giderlerini azaltmada da avantaj sağlamaktadır. Bu durum da sosyal belediyecilik alanında belediyemize önemli katkılar sağlamaktadır."* (Fizyoterapist H).

# 5. TARTIŞMA

## 5.1. TOPLUMUN SAĞLIK GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, KKTC'nin Lefkoşa ilçesinde Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan toplumun sağlık bakım gereksinimleri halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesi doğrultusunda elde edilen bulgular tartışıldı.

### 5.1.1. Bölge Halkının Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Değirmenlik alt bölgesinde yaşayan halkın fiziksel sağlık puan ortalaması diğer bölgelere göre yüksek bulundu. Değirmenlik alt bölgesinin konumu, bireylerin sağlık ve sosyal hizmetlere erişimini kolaylaştırmaktadır. Özellikle, merkezi noktalara yakınlık ve iyi planlanmış ulaşım olanakları, bu tür hizmetlere daha hızlı ve etkili bir şekilde ulaşmayı sağlamaktadır. Bu durum bölge sakinlerinin yaşam kalitesini artıran önemli bir faktör olup fiziksel sağlık skorunun yüksek olmasının nedeni olabilir. Alt Mesarya bölgesinin ise sosyal ilişkiler puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda yaşanılan bölgelerin yaşam kalitesine etkisi olduğunu göstermektedir (Yoloğlu, 2020; Belek, 1998; Fone ve Dunstan, 2006). Komşuluk ilişkilerini güçlendiren ve destekleyen kentsel tasarımlar suça maruz kalma korkusunun azalmasında etkilidir (Lavin ve diğ., 2006). Bunun sebebi bölgeler arası yapısal farklılaşmalardır. Alt Mesarya bölgesi, köy yaşantısının hüküm sürdüğü ve komşuluk ilişkilerine büyük önem verilen bir bölgedir. Bu nedenle, sosyal ilişkiler skorunun yüksek olması beklenmektedir. Komşuluk ilişkilerinin güçlü olduğu bu tür topluluklarda, bireyler arasındaki sosyal bağlar kuvvetli olup, bu durum sosyal ilişkiler skoruna olumlu bir şekilde yansımaktadır.

Bölgeye sonradan taşınanların fiziksel ve genel sağlık puan ortalamaları düşük bulundu. Göç edilen bölgede sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, yeterli maddi kaynaklara sahip olmaması, dil farklılıkları, sosyal güvenlikten yoksun olma, göç sonrası yaşanan uyum süreci ve uzun süreli stres, fiziksel sağlık sorunları ve genel sağlık durumunun bozulmasına neden olmaktadır (European Centre for Disease Prevention and Control, 2024). Değirmenlik bölgesinin ekonomisi büyük ölçüde hayvancılık ve çiftçilik faaliyetlerine dayanır. Değirmenlik bölgesine göç eden bireylerin büyük çoğunluğu, tarım ve hayvancılık işlerinde çalışmak üzere gelen yabancı uyruklu kişilerden oluşmaktadır. Değirmenlik alt bölgesi, coğrafi konumu ve potansiyeli nedeniyle gelişime açık bir bölge olarak değerlendirilir. Bu durum, bölgeye olan

göç hareketlerini artırmaktadır (Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Bölgesel Stratejik Gelişim Planı, 2022). Değirmenlik bölgesine göç eden bireylerin yaşam koşulları, çalışma şartları ve sosyal entegrasyon süreçleri nitel bulguların tartışıldığı bölümde daha detaylı tartışılmıştır.

65 yaş ve üzeri nüfusun fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler boyutları puan ortalamalarında diğer yaş gruplarına göre azalma olduğu bulundu. Yoloğlu ve diğ. (2020) yapmış oldukları çalışmada, aynı alanlarda benzer şekilde azalmalar olduğunu bulmuşlardır. Yaş ilerledikçe görülen fizyolojik değişikler nedeniyle ortaya çıkan sorunların ve ölümler, çocukların evden ayrılması gibi sebeplerle ortaya çıkan yalnızlık ve sosyal izolasyonların sosyal yönden yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Bilir ve diğ. (2005) yapmış olduğu çalışmada, yaş ilerledikçe, özellikle fiziksel ve sosyal fonksiyonellik alan puanlarında azalma saptamıştır. Bu bulgular, ileri yaşın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu ortaya koymaktadır.

İlkokul ve altı eğitim düzeyinde olanların, fiziksel sağlık puan ortalaması hariç diğer tüm alanlarda düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulundu. Yapılmış benzer bir çalışmada, okuryazar olanlar ve düşük seviyede eğitime sahip olanların bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel sağlık puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir (Yoloğlu ve diğ., 2020). Algılanan sağlığın iyiden kötüye doğru evrilmesinde, eğitim düzeyi düşük olanların, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre iki kat risk taşıdığı tespit edilmiştir (Belek, 1998). Düşük eğitim seviyesi olanların, çalışılan işe bağlı kas ve iskelet sistemi hastalıkları sebebiyle kronik ağrı görülme sıklığı daha yüksektir (Türkkan, 2009). Fiziksel aktivite, sigara bırakma ve düşük kalorili beslenme gibi koroner kalp hastalıklarından koruyan yaşam tarzı değişiklikleri, genellikle eğitimli gruplar tarafından daha hızlı kabul görmektedir (Demiral, 2007). Bu bulgular, eğitim düzeyinin genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

Gelir seviyesi asgari ücret olanların fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamasının düşük olduğu bulundu. Ayrıca gelir algısı yeterli olanların fiziksel sağlık puan ortalaması hariç diğer tüm puan ortalamaları yüksek bulunmuş olup literatürle uyumludur. Yapılan benzer çalışmalar, gelir düzeyi düştükçe yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir (Whang ve Shen, 2003; Yoloğlu ve diğ., 2020). Başka bir çalışmada ise gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir (Aldinç, 2004). Ekonomik koşullar, sağlıklı yaşam koşullarını ve genel yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Öngören, 2020). Ekonomik olarak dezavantajlı gruplar, uzun süreli sağlıklı yaşam sürdürmeyebilmekte ve bu durumda obezite, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (İleri, 2017). Gelir düzeyi, toplumsal katılımlı aktiviteler, serbest zaman

aktiviteleri ve hobilere katılım ile benlik algısını güçlendirmektedir (Solar ve Irwin, 2010). Bu bulgular, gelir düzeyinin sağlık sonuçları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini vurgulamakta ve buna yönelik destekleyici politikaların önemini ortaya koymaktadır.

Çalışma durumu ve haftalık çalışma saati açısından da literatür ile uyumlu bulgular elde edildi. Düzenli bir işte çalışanların sosyal ilişkiler yönünden yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulundu. Ayrıca haftalık çalışma saati 20-39 saat arası olanların genel sağlık puan ortalaması yüksek bulundu. Benzer bir çalışmada, gelir getirici bir işte çalışanların bedensel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir (Yoloğlu ve diğ., 2020). Düzensiz çalışma saatleri, stres, iş kazaları ve yetersiz sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörler, ölüm oranlarının artmasına katkıda bulunmaktadır (Kivimäki ve diğ., 2003). Bu bulgular, istihdamın, düzenli çalışma saatlerinin, sosyal etkileşim ve destek ağlarının bireylerin genel sağlık ve refahı üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymakta ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir.

Hanede yaşayan çocuk sayısının artmasıyla çevre sağlığı puan ortalaması hariç diğer tüm puan ortalamalarında azalma olduğu bulundu. Benzer bir çalışmaya göre, hanedeki çocuk sayısının artmasının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nden alınan puanı da olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Ege ve diğ., 2003). Bu bulgu, daha fazla çocuğa sahip olmanın ebeveynlerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmelerini zorlaştırabileceğini göstermektedir. Ebeveynler, artan çocuk sayısıyla birlikte daha fazla zaman ve kaynak ayırmak zorunda kaldıkları için, sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamakta zorluk çekebilmektedir. Fakat evde yalnız yaşayanların ise sosyal ilişkiler ve genel sağlık skoru düşük bulunmuştur. Buna karşın, hanede yaşayan kişi sayısı azaldıkça bireyin yaşam kalitesine ilişkin bedensel sağlık puanının azaldığı belirlenmiştir (Yoloğlu ve diğ., 2020). Evde yalnız yaşayan yaşlı bireylerin bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Konutun mülkiyetine bakıldığında, evi kira olanların fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkiler skorlarının düşük olduğu bulundu. Başka bir çalışmada, evi kendine ait olanların çevresel sağlık puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Kurt, 2017). Kiracıların, ev sahibi olmayan kişiler olarak, finansal ve yerleşim istikrarı konularında daha fazla stres yaşayabilecekleri, bu durumun da genel sağlık ve sosyal ilişkiler üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği düşünülmektedir. Konutta oda başına düşen kişi sayısı azaldıkça tüm skorların yüksek olduğu bulundu. Konutta oda başına düşen kişi sayısı arttıkça bireylerin çevresel yaşam kalitesi puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir (Yoloğlu ve diğ., 2020). Evde kişi başına düşen alan ortalamasının artması, bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösterebilmesi

için olanak sağlarken, bireyin mahremiyet ihtiyacının karşılanmasını da sağlayarak bireyin psikolojik sağlığının bozulmasını önleyebilecektir. Evdeki oda sayısının artması ve yaşam koşullarının iyileşmesi, bireylerin kendilerini daha rahat ve güvende hissetmelerine yardımcı olabilmektedir ( Selçuk ve Akça, 2014). Bu bulgu, daha fazla kişiyle paylaşılmak zorunda kalınan yaşam alanlarının, kişisel alanın azalmasına, stresin artmasına ve genel yaşam memnuniyetinin düşmesine neden olabileceğini göstermektedir.

Sağlıklı besinlere ulaşanların çevre sağlığı skoru yüksek olduğu bulundu. Sri Lanka'da yapılan gıda yardımı programı sayesinde, pirinç ve diğer bazı temel gıda malzemeleri kooperatifler aracılığıyla hanelere sabit fiyatlar üzerinden temin edilmiştir. Böylece, 1956 ve 1963 yılları arasında nüfusun ortalama kalori alımı %40 artmıştır (Fernando, 2000; Gunatilleke, 1984). Sağlıklı besinlerin kolayca bulunabilir ve erişilebilir olması, bireylerin fiziksel sağlığını iyileştirmekte ve çevreleriyle olan ilişkilerini ayrıca genel yaşam memnuniyetlerini de artırabilmektedir.

İnsanlarla bir arada olmaktan hoşlanan ve ailesi ile düzenli olarak görüşen bireylerin iletişim ve sosyal becerileri yüksek bireylerin bedensel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler puan ortalamaları yüksek bulundu. Sosyal destek yaşlıların kendini iyi hissetmesini sağlamakta ve sosyal iletişimi artırmaktadır. Ayrıca sosyal destek ağlarının etkin kullanımı, yaşlılık döneminde görülen kronik hastalıkların getirdiği stresle daha kolay baş edebilmeyi sağlamaktadır (Mandıracıoğlu, 2016). Sosyal beceriler ve iletişim, insanlar arasında duygusal destek sağlamakta, arkadaşlar ve aile ile vakit geçirmek, kişisel sorunlarla başa çıkmada yardımcı olabilmekte ve stres seviyelerini düşürebilmektedir.

Serbest zamanlarını fiziksel aktivite ve hobilerle uğraşanların fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık puan ortalamaları yüksek bulundu. Serbest zamanların değerlendirilmesi yaşlılık döneminde daha fazla önem kazanmaktadır. Yaşlandıkça insanların daha çok boş zamanı olmaktadır ve serbest zamanlarını aktivitelerle geçirmezlerse sosyal izolasyon yaşayabilmektedirler (Mandıracıoğlu, 2016). Boş zaman kullanımının yaşam kalitesini artırdığına yönelik çalışma mevcuttur. Boş zamanlarda yapılan aktivitelerden elde edilen haz, kişisel ve sosyal uyum sağlama yeteneğini desteklemekte ve genel olarak mutlulukla ilişkilendirilmektedir (Vapur ve Yavuz, 2022). Bu bulguların, evde daha fazla zaman geçiren emekliler, ev hanımları, yaşlılar, hastalar ve engelliler gibi dezavantajlı grupları temsil ettiği düşünülmekte ve yerelde bu grupları içine alan sosyal destek politikalarının artırılması gerektiğini göstermektedir.

Algılanan stres düzeyi arttıkça tüm alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmekte olup literatürle uyumludur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmalar, stresin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğini göstermektedir (Gallagher ve diğ., 2014; Al-Dubai ve diğ., 2011). Vücudun sürekli olarak stresin yarattığı etki altında kalması, sistemlerin yıpranmasına neden olmakta, vücudun hücreleri onaramama ve hastalıklardan koruyamama riski ortaya çıkmaktadır (Balcıoğlu, 2005).

Her gün düzenli fiziksel aktivite yapanların tüm alanlarda puan ortalamaları yüksek bulundu. Sedanter yaşam ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarının hipertansiyon ve diabettes mellitüs gibi kronik hastalıklara yakalanma riskini artırmakta ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Bu risk faktörlerinin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak için fiziksel yönden aktif bir yaşam tarzını ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimsemek gerekmektedir (World Health Organization, 2007). Fiziksel aktivite yapmak stresin vücudumuz üzerinde yarattığı negatif etkileri de ortadan kaldırmaktadır (Gallagher ve diğ., 2014; Al-Dubai ve diğ., 2011).

Sigara kullananların, bedensel, çevresel, genel sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında yaşam kalitesi puan ortalamaları düşük bulundu. Sigara kullanımı, alkol tüketimi, sedanter yaşam, obezite gibi sağlıksız alışkanlıklar ve davranışların sosyoekonomik düzeyi düşük yaşlılarda görülmektedir (Peel ve diğ., 2005). Kötü sosyoekonomik düzeydeki yaşlılarda sigara ve obeziteye bağlı mortalite riski fazladır (Shaw ve diğ., 2014). Bulgular literatür ile uyumlu olup yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle sağlıksız yaşam biçiminin değiştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca bölgede yaşayan tüm bireyler için de sigara kullanımının yaratacağı kötü sonuçlar konusunda bilgilendirmesi yapılması gerektiğini göstermektedir.

Bölgede güvenli aktivite alanı ve yeterli yeşil alan olmasına göre tüm yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek bulundu. Yeşil alanların olması, bireyleri fiziksel aktivite yapma konusunda olumlu yönde etkilemektedir (Lavin, 2006). Güvenli alanlara ulaşımı kolay olan çocukların daha aktif oldukları bilinmektedir (Croucher ve diğ., 2007). Başka bir çalışmada (Ellaway ve diğ., 2005), yeşil alanlara yakın konutlarda yaşayanların fiziksel yönden üç kat daha fazla aktif olduğu ve obezite görülme oranının %40 azaldığı bulunmuştur. Yeşil alanlar ayrıca stresten uzaklaşmaya da olanak sağlamaktadır (Croucher ve diğ., 2007). Kentsel yaşam insan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu olumsuzluklar arasında uygunsuz yapılar, endüstriyel alanların parklara yakınlığı ve yeşil alanların ve parkların eksikliği yer almaktadır (Şahin, 2018). Bu bulgular, bölgenin uygun alanlarında tüm halka hitap edecek yeterli ve güvenli yeşil alanların oluşturulmasının önemini göstermektedir.

Bölgede kendilerini güvenli hissedenlerin psikolojik ve çevresel sağlık puan ortalamaları yüksek bulundu. Konut tasarımlarında güvenlik ve açık görüş alanlarının olmaması, yetersiz aydınlatma, peyzaj öğelerinin fazlalığı suç korkusunu artırmakta ve güvenlik hissini zedelemektedir. Ayrıca bu tarz güvenli olmayan ortamlarda yaşayan çocuklarda, hiperaktivite, agresiflik ve içe kapanıklık gibi davranışsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Yoloğlu ve diğ., 2020). Bu bulgular, güvenli alanların oluşturulması için kent düzenlemelerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşımdan duyulan memnuniyet, sağlık kontrollerinin düzenli olarak yaptırılması, sunulan sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin yaşam kalitesinin tüm puan ortalamalarını olumlu olarak etkilediği bulunmuştur. Sağlık hizmetlerine erişim, bireysel ve sosyoekonomik faktörlerin yanı sıra sağlık kurumlarının ve sağlık sisteminin yapısal özelliklerinden de büyük ölçüde etkilenmekte, sağlık kurumlarının sayısı, konumları, türleri, hizmet sunum şekilleri ve kalitesi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişebilme durumunu belirleyen temel yapısal faktörler arasında sayılmaktadır (MacKinney ve diğ., 2014). Kosta Rika'da 1980 yılına kadar tıbbi hizmetlerin kentsel ve kırsal nüfusun yaklaşık %60'ına ulaştırılması sağlanmıştır. Kosta Rika'da, kırsal nüfusun %20'sinden daha azı asgari sağlık hizmetlerinden faydalanabiliyorken Kırsal Sağlık Programı'nın başlatılmasıyla, öncelikle en çok ihtiyaç duyan bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim sağlanmıştır (Saenz, 1985; Rosero-Bixby, 1985). KKTC'de Değirmenlik Akıncılar Belediyesi tarafından diyalize ihtiyaç duyan hastaların Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesine ulaşımları sağlanmaktadır (Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Bölgesel Stratejik Gelişim Planı, 2022). KKTC Sağlık Bakanlığı Raporuna göre KKTC'de dört ilçede kamu hastanesi bulunmakta olup yatak sayısının 888 olduğu görülmektedir. Nüfus yoğunluğu ve coğrafi dağılım dikkate alındığında her bölgeye yeterli şekilde dağılmamış durumda olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Türkiye'de İstanbul ilinde bulunan özel hastanelerin sayısı kamu hastanelerine göre 3 kat daha fazla olup, İstanbul ilçelerinde eşit dağılım göstermemektedir. Sağlık hizmetlerine erişim, kamu hastanelerinin sayısının yeterli olmaması ve her bölgede eşit mesafede bulunmaması, sağlık hizmetlerine erişimde ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir (Gencelli, 2023). Bulgular bölgede yaşayan halkın sağlık hizmetlerine ulaşım ve erişimde yaşadıkları sıkıntıları yerel düzeyde çözebilmek için gerekli politikaların geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

### 5.1.2. Sağlık Çalışanlarının ve Yerel Yöneticilerin Toplumun Sağlık Gereksinimlerine İlişkin Görüşlerinin Tartışılması

Sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin toplumun sağlık gereksinimlerine ilişkin görüşlerine ilişkin nitel verilerden, toplumun sağlığını etkileyen faktörler, bölgede sunulan sağlık hizmetleri ve yerel düzeyde müdahale alanları olarak üç tema elde edildi. Çevresel faktörler, politik faktörler, kültürel faktörler, sosyoekonomik faktörler, sağlık sistemi ve yaşam tarzı kodları ilk ana tema olan toplum sağlığını etkileyen faktörleri oluşturdu.

#### *5.1.2.1. Çevresel Faktörler*

Katılımcılar sinek ve haşere artışına bağlı olarak sağlığın olumsuz yönde etkilendiğini ifade etti. Ayrıca bölge halkıda en çok çevre sıkıntısı yaratan sorunun sinekler olduğunu belirtmiş olup iki bulgu birbiri ile uyumludur. Bölgeden Kıbrıs'ın en büyük deresi olan Kanlı Dere'nin geçmesi ve KKTC'deki tek arıtma tesisinin denetimsiz bir şekilde atıklarını dereye bırakması ve dere çevresinde sulu tarım yapılmasına bağlı olarak su birikintilerinin oluşması ayrıca hellim ve süt fabrikalarının atıklarını ortadan kaldırma şeklinin standartlara uygun olmayışı sonucu sinek popülasyonu rahatsız edici boyutlara ulaşmıştır. Küresel ısınmaya bağlı iklim değişiklikleri nedeniyle sıcaklık artmakta bu durumda sivrisineklerin üremesi için uygun ortam yaratmaktadır. Sivrisineklerin daha hızlı üremesine, daha geniş alanlara yayılmasına ve insanlarla daha sık temas etmelerine yol açmaktadır (Polat ve diğ., 2017). KKTC'de Lefkoşa bölgesinde 2023 yılında Batıl Nil virüsü görülmüştür. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde yerel yönetimler, ilgili daireler ve sivil toplum örgütlerinin katılımıyla vektörel kaynaklı bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda toplantılar gerçekleştirilmiştir (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2023). KKTC'de sivrisinekle mücadele konusunda ise ulusal düzeyde görev ve yetki KKTC Sağlık Bakanlığı'na bağlı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi sorumluluğunda olup yerel düzeyde ise belediyelerin sorumluluğundadır. (Kamu Sağlığı Yasası Sıtma ile Mücadele, 1944, KKTC Belediyeler Yasası, 51/1995, 2023). Bu bulgu, halk sağlığı açısından önemli riskler oluşturmakta ve sivrisinek kaynaklı hastalıkların kontrolü için yerel ve ulusal düzeyde çalışmalar gerektirdiğini göstermektedir.

#### *5.1.2.2. Sosyoekonomik Faktörler*

Katılımcılar yaş, eğitim, ulaşım ve düşük gelir düzeyi gibi sosyoekonomik faktörlerin toplumun sağlığını etkilediğini ve özellikle yabancıların dil sorunları ve ekonomik faktörler nedeniyle düzenli beslenmediklerini, ekonomik nedenlerle sağlıklarını erteleditklerini ve 65 yaş üzeri bireylerin eğitim düzeyinin düşük olması sebebiyle ilaç kullanımı konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirttiler. Sosyoekonomik belirleyiciler olarak tanımlanan eğitim, gelir durumu,

meslek ve yaşanılan yerin sağlık üzerine etkisi önceki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. İleri (2017), kişilerin stresli ortamlar, düşük sosyoekonomik koşullar içinde yaşadıklarında fizyolojik olarak da etkilendiğini ve uzun vadede bozulan sağlık durumları nedeniyle hastalıkların ortaya çıktığını ve sağlıklı yaşam dönemlerine sahip olmalarının mümkün olmadığını belirtmiştir. Chelak ve Chakole (2023), para, güç ve kaynakların, küresel, ulusal ve yerel düzeyde dağılımının sağlık koşullarını ve eşitsizliklerini şekillendiren temel unsurlar olduğunu belirtmiştir. DSÖ tarafından yürütülen küresel hastalık yükü çalışmasında, aşırı zayıflık, şişmanlık, sigara, alkol, hipertansiyon ve riskli cinsel davranışların hastalık ve ölümlerin başlıca nedenleri arasında belirlenmiş ayrıca bu risk faktörlerinin sosyoekonomik gruplar arasında eşitsiz bir dağılım gösterdiği de ortaya koyulmuştur (Yardım ve Özcebe, 2010). Diğer çalışmalarda da sosyoekonomik düzey yükseldikçe algılanan sağlık düzeyi ve sağlık koşullarının arttığı, (Tüzün ve diğ., 2014; Kocabaş, 2014) sosyoekonomik koşulların birbiri arasındaki etkileşimin sağlığı doğrudan etkilediği belirtilmiştir (Koçoglu ve Akın, 2009). Sosyoekonomik düzeyin hem hastalığın ortaya çıkmasında hem de seyrinde doğrudan etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Şimşek, 2010). Ayrıca, göç eden kişilerin sosyoekonomik koşullar nedeniyle beslenme sorunları, hijyenik olmayan ortamlarda yaşam sürmesine sebep olmakta olduğunu, kültürel farklılıklar ve dil sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşım ve kaliteli bakım almak konusunda sıkıntılar yaşadığı ve sağlık sorunlarını ertelediği ve çözülmeyen sağlık sorunlarının kronikleştiği veya erken ölümlere neden olduğu belirtilmektedir (Gökkaya, 2009, Mccann ve diğ., 2010). Koçoğlu ve Akın'ın (2009) çalışmasında, sosyoekonomik durumu tanımlayan her değişken için olumsuz özellikte olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösterme açısından da olumsuz özelliklere sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, toplumda ortaya çıkan sosyoekonomik faktörlerin doğru analiz edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu faktörler, toplumun her tabakasını farklı düzeyde etkilemekte olup, özellikle göçmen ailelerin çocukları ve yaşlılar bu faktörlerden en fazla etkilenen grup olmaktadır. Yerel düzeyde sosyal politikalar geliştirilirken bu faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

#### *5.1.2.3. Sağlık Sistemi*

Katılımcılar, sağlık hizmeti sunumunda standardizasyonun olmadığını, sağlık ocaklarında teknik ve finansal sorunların olduğu ve yetersiz sağlık personeli olduğunu, özellikle devlet hastanelerine randevuların geç verilmesi nedeniyle sağlık hizmetine ulaşımda sıkıntıların yaşandığı ve özel hastanelerin daha çok tercih edildiğini vurguladılar. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan değişiklikler nedeniyle benzer şekilde sorunlar yaşandığı ortaya

çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada (Gün ve Topal Koç, 2023), özel hastanelere olan müracaatın kamu hastanelerine oranla daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca özel hastanelere yapılan müracaatların kamu hastanelerinden randevu almakta zorluk yaşayan sosyoekonomik düzeyi yüksek kişiler tarafından yapıldığını vurgulamaktadır. Başka bir çalışmada (Akman, 2014), sağlıkta dönüşüm programının etkileri nedeniyle, önceden ekip çalışması tarafından yürütülen hizmetlerin tek bir hekim sorumluluğuna bağlanması ile birinci basamak hizmetlere başvuruların azaldığı, sağlık ekibinin diğer üyeleri olan hemşire ve ebelerin ikinci basamak hizmetlere kayması söz konusu olduğu ayrıca birinci basamak hizmetlere toplumun başvurusunun azaldığı belirlenmiştir. Avustralya'nın Brisbane şehrinde yürütülen Micah Projesi'ne bakıldığı zaman ise, yapılan iyileştirmelerle topluma dayalı hizmet modelinin benimsendiği, birinci basamak hizmetlerin kullanımının arttığı ve uzun süreli bakım gereksinimlerinin azaldığı görülmüştür (International Council of Nurses, 2017). Buna göre, Türkiye ve KKTC'nin politik, kültürel ve ekonomik yapılarının iç içe geçmiş olması nedeniyle sağlık hizmetleri sunumunda da benzer sorunları ortaya çıktığı söylenebilir.

### 5.1.3. Yerelde Müdahale Alanları

#### *5.1.3.1. Sağlık Eğitimleri*

Katılımcılar, Halkın erken tanı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, sağlık okur yazarlığı, çocuk beslenmesi, sağlıklı yaşam aktiviteleri, aile içi şiddet ve kronik hastalıklarla baş etme konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerektiğini bu eğitimlere toplumun katılımını arttırmak için belediye ile iş birliği içinde yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Literatüre bakıldığı zaman DSÖ raporuna göre kardiyovasküler sistem hastalıkları, dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında yer almakta olduğu ve bu hastalıkların gelişiminde tütün kullanımı, sedanter yaşam biçimi, yüksek serum kolesterol düzeyi, obezite, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların bulunmakta olduğunu vurgulamıştır. Bu hastalıkların önlenmesinde toplumun sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda eğitilmesinin önemini vurgulanmıştır (Prüss-Ustün ve diğ., 2016, World Health Organization, 2007). Erken tanıya yönelik yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça doktora başvurma süresinin kısaldığı görülmüş olup eğitim düzeyinin toplumun bilinçlendirilmesindeki önemini ortaya koymaktadır (Değer ve diğ., 2017). Başka bir çalışmada, meme kanserinin daha erken yaşlarda ve daha sık görülmesinin etkin tarama programları ve tüm toplumu kapsayan eğitim stratejileri ile farkındalığın artırılması gerektiğini ortaya koyduğunu göstermektedir (Kozan ve Tokgöz, 2016). Tip 2 Diyabet hastalarının bilgi, tutum ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada hastalık süresi ve hastanın eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve hastaların bilgi

düzeylerinin artırılmasının önemi vurgulanmıştır (Aydoğan ve diğ., 2020). Kronik hastalık yönetimi ile ilgili başka bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin vereceği eğitimin aile ve hastanın güçlenmesinde, süreçlerle baş edebilmesinde ve yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Kalender ve Çiçek (2014), ise kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıkları hakkında sürekli bilgilendirilmek ve sağlık profesyonelleri ile iletişim halinde olmak istediklerini vurgulamışlardır. Aile içi şiddet konusundaki çalışmalar incelendiğinde, ev içi şiddet puan ortalamasının eğitim düzeyi düşük kadınlarda daha yüksek bulunduğu (Tel ve diğ., 2019), okuma yazma bilmeyen ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadınların eşinden şiddet gördüğü, bu nedenle kadınların şiddet ve türleri, şiddet gördükleri zaman destek alacakları kurumlar hakkında bilinçlendirilmelerinin önemi belirtilmiştir (Yanık ve diğ., 2014). Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi konusunda yapılan bir çalışmada (Öngören, 2020), temel hijyen kuralları ve el yıkama alışkanlıkları, güvenli içme suyuna erişim, sanitasyon atık yönetimi gibi konularda bilinçli olmanın hem ishalli hastalıkların önlenmesinde hem de malnütrisyona sebep olan paraziter hastalıkların görülmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı konusunda ise Kutlu ve Akbulut'un (2019) çalışmasında, sağlık okuryazarlığının bilinçli hasta profili oluşturulması ve tedaviye uyum gibi konularda olumlu yönde etki yaratacağı belirtilmiştir.

Bu doğrultuda, sağlık eğitimlerinin bireylerin sağlıklı davranışlar geliştirmesine, hastalıklardan korunmasına ve genel yaşam kalitesini artırmasına, farkındalık sağlamasına, psikolojik ve sosyal yönden rahatlamalarına ve sağlık harcamalarındaki maliyetin düşmesine olanak sağladığı söylenebilir. Yerel düzeyde sağlık eğitimleri, toplumun sağlık ihtiyaçları ve öncelikleri doğrultusunda şekillendirilebilmekte ve toplum temelli yaklaşımların, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili kararlar almasını ve sorumluluk üstlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca, toplum liderlerinin ve gönüllülerin katılımı, eğitimlerin yaygınlaşmasına yardımcı olabilmektedir.

#### *5.1.3.2. Evde Bakım ve Bakıcıların Eğitimi*

Çalışmada, bölgenin yaşlı nüfus popülasyonun çok fazla olduğu, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusa verilecek hizmetlerin geliştirilmesinin önemli hale geldiği, evde bakım hizmetlerinin multidisipliner bir ekiple veya iş birliği içerisinde koordineli olarak yapılması gerektiği vurgulandı. Ayrıca bakıcıların yaşlı/hasta birey bakımı konusunda eğitilmeleri, bakıcıların takip ve denetimlerinin yapılması gerektiği belirtildi.

Literatürdeki ülke örnekleri incelendiğinde, İsveç'te evde bakım hizmetlerinin iki aşamada sunulduğu ve bunlardan evde bakım hizmetinin, tıbbi eğitimden geçmiş sağlık personeli tarafından, ev yardımı hizmetinin ise ev işlerinde yardımcı olacak personel tarafından karşılanmakta olduğu görülmektedir (Headman ve diğ., 2007). İsveç'te tüm belediyelerin kendi bünyesinde yaşlılara yönelik rehabilitasyon merkezleri bulunduğu ve bu merkezlerin hastaneye bağlı hizmet verdiği, ayrıca merkezlerde uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı, doktor, hemşire, psikolog ve fizyoterapistin görev aldığı görülmektedir (Yılmaz ve diğ., 2013). Hollanda'da yaşlılar ve kronik hastalara sunulacak hizmetler sosyal destek yasası kapsamına alınmış olup yerel yönetimlerin bünyesinde evde bakım modeli yürütülmektedir (Laragy, 2010). İtalya'da ise yaşlı sağlığı hizmetleri kapsamında, akut ve kronik hastalık yönetimi, sağlığı geliştirme, evde tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, haftalık maksimum 15 saat olmak üzere gezici hizmetler ve akıl sağlığının korunması gibi hizmetler devletle belediyeler arasında yapılan sözleşmede yer almaktadır (Fattore ve Torbica, 2004). Japonya'da, yaşlı bakım hizmetleri uzun süreli bakım sigortası kapsamında belediyeler eliyle yürütülmekte olup yaşlılara kurumsal bakım ve evde bakım hizmeti sunulmaktadır (Shinoda ve Soichi, 2002). Türkiye'de de yaşlı bakımına yönelik hizmet sunumuna birçok büyükşehir belediyesi katkı sağlamaktadır. Yaşlı bireylere ulaşım giderinin karşılanması, yemek, kıyafet ve ev temizliği yardımı, kişisel temizlik yardımı, sosyal aktiviteler yapılabileceği dinlenme evleri gibi hizmetler sunulduğu görülmektedir (Yılmaz ve diğ., 2013, Çınarlı ve diğ., 2010). KKTC'de ise birçok belediye tarafından yaşlı bireylere yönelik hizmet sunumu yapılmakta fakat en kapsamlı hizmeti Gündüz Bakım Merkezi olarak Değirmenlik Akıncılar Belediyesi vermektedir. Gündüz bakım merkezi kapsamında yaşlıların vakit geçirebileceği, aktiviteler yapabileceği, fiziksel yönden destek alabildikleri, özbakım desteği verilen bir hizmet verilmektedir (Serinsu, 2014). Bakıcı eğitimleri konusunda Tayland modeli incelendiğinde, toplumdaki bakıcıların ve gönüllülerin desteklenmesi için bakıcı eğitimleri verilmiş, yaşlı bireylere yapılan ev ziyaretleri artırılmış ayrıca yerel sağlık kurumu tarafından yapılan profesyonel destekle bireylere yönelik fonksiyonel değerlendirmeler yapıldığı görülmüştür (International Council of Nurses, 2017). Bu bilgiler doğrultusunda, Değirmenlik beldesinde yaşayan yaşlı nüfusun evde bakım konusundaki ihtiyacı karşılayabilmek için yerel politikaların ve kaynakların güçlendirilmesine ayrıca bakım verenlerin kaliteli bakım verebilmesi için eğitim ve sertifika programlarının yapılmasına gereksinim olduğu söylenebilir.

#### *5.1.3.3. Sektörler Arası İş Birliği*

Çalışmada ayrıca, toplum sağlığının geliştirilmesi için özellikle Sağlık Bakanlığı ve belediyeler başta olmak üzere sektörler arası iş birliği yapılması gerektiği vurgulandı. Sektörler arası iş birliği ile hizmetlerin sunumunda koordinasyonun ve etkinin arttığı, faaliyetlerin yürütülmesini kolaylaştırdığı, kapsamı artırdığı ve işlerin daha hızlı çözüldüğü ifade edildi. Finansal kaynakların artırılması ve yeterli sayıda uzman personel istihdamı ile hizmetlerin geliştirilmesi, bölgeye yapılacak yatırımların artırılması ve yasal düzenlemeler ile yapının güçlendirilmesi gerektiği ifade edildi.

Sağlık sistemleri gelişmiş ülke örnekleri incelendiğinde, hizmetlerin, merkezden yerele doğru toplum katılımını artırma amacına yönelik olarak verildiği görülmektedir. Küba'nın halk sağlığı politikası, sağlığın geliştirilmesine ve hastalıklardan korunmaya yönelik faaliyetlere, sektörler arası harekete ve toplumun katılımına öncelik vermektedir (Nayeri, 1995). İsveç ise sağlıkta eşitlik hedeflerini belirlerken hem yapısal faktörleri hem de bireylerin yaşam tarzı seçimlerini dikkate alan kapsamlı bir strateji benimsemiştir. Bu hedeflerin yerine getirilmesi sorumluluğu merkezi hükümet, belediyeler, kent konseyleri ve gönüllü örgütler arasında paylaştırılmıştır (Diderichsen, 2001; Mackenbach, 2002). Kanada'nın federalist siyasi sistemi, sağlık politikası ve sosyal politika ile ilgili öncelikli sorumluluğu şehirlere ve bölgelere vererek merkezden yönetimi azaltmaktadır. Sektörler arası sağlık hareketi Kanada halkının sağlık düzeyinin yükseltilmesinin başlıca yollarından biri olarak kabul edilmiştir (Raphael, 2003; Sutcliffe, 1997). Bu doğrultuda bulgular, araştırmanın yürütüldüğü bölgede toplum sağlığını geliştirmek amacıyla sektörler arası iş birliğine gereksinim olduğunun altını çizmektedir.

## 5.2. MODELE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu başlık altında, KKTC Lefkoşa ilçesinde Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticilerin görüşleri doğrultusunda belirlenen toplumun sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda alternatif bir hizmet sunum modeli olarak “Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmeti”ne ilişkin bulgular tartışıldı. Bu hizmet ile Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylere yönelik evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetlerinin planlanması, bireylerin fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek ihtiyaçlarına uygun bakım ve desteğin verilmesi amaçlanmaktadır. Evde bakım hizmetleri ile bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda, fiziksel bakımın yanında sosyal bakımı da içine alan farklı sağlık disiplinlerinden ekip üyeleri ile uzun süreli bakım sunmak hedeflenmektedir (Altuntaş ve diğ.,

2010). Bununla birlikte, hasta veya bakıma muhtaç bireylerin sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmek, hastanede kalış süresinin kısaltılması yoluyla hastane enfeksiyonu riskini en aza indirmek, hastaların aile ortamlarına kısa sürede dönmesini sağlamak ve bu süreçte moral desteği sunmak, hastaların özerkliklerini korumalarına yardımcı olmak ve karar verme ile problem çözme yeteneklerini geliştirmek evde bakım hizmetlerinin diğer hedefleri arasında yer almaktadır (Çoban ve Esatoğlu, 2004; Can ve Ünal, 2008). Bu doğrultuda, literatürdeki evde bakım hizmetleri sunumu ile geliştirilen modelin amacının uyumlu olduğu görülmektedir.

Evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetinin uygulanmasından evde sağlık ve sosyal destek biriminde çalışan, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, kuaför, gastronomi uzmanı, teknik personel sorumlu olacaktır. Evde sağlık bakımı ve destek hizmetlerinde bireylerin tanılarının konulması, tedavi programlarının yapılması ve genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi hastane, sağlık ocağı veya özel kliniklerde hekim tarafından yapılacak ve "Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmeti"ne ilk başvuru sırasında sunulacaktır. İhtiyaç duyulması halinde muayeneyi yapan hekimle iletişim kurulacaktır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkındaki Yönetmelik'te (2023), hizmet sunumunda görev alacak ekibin hekim veya uzman hekim, hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyeni, sağlık memuru, evde hasta bakım teknikeri, yaşlı bakım teknikeri, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, eczacı, diyetisyen, şoför ve evde sağlık hizmetinin gerektirdiği diğer meslek mensuplarından oluşturulabileceği belirtilmiştir. İsveç'te yaşlılara yönelik hizmet veren merkezlerde uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı, hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist görev almaktadır (Yılmaz ve diğ., 2013). İtalya'da belediyelerin sosyal hizmet birimlerinde çalışan sosyal çalışmacının beyanı ile geriatri uzmanı, fizyoterapist, hemşire, hekim ve sosyal çalışmacıdan oluşan ekiple yaşlı bireylere yönelik hizmetler yürütülmektedir (Fattore ve Torbica, 2004, Polverini ve diğ., 2004).

"Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmeti"ne birey veya ailesi tarafından başvuru yapıldıktan sonra, bireyin sağlık durumu göz önünde bulundurularak hemşire ve ilgili sağlık çalışanı tarafından birey yaşadığı ortamda gözlemlenmekte, gereksinimleri tanımlanarak uygun hizmet belirlenmektedir. Bu hizmet modelinde, hemşire tarafından hemşirelik bakımı ve takibi, fizyoterapist tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme danışmalığı ve diyet, psikolog tarafından psikolojik destek ve danışmalık, kuaför tarafında kişisel bakım hizmetleri ve yalnız yaşayan, kimsesi olmayan, zihinsel ve fiziksel

yönden kendi yemek gereksinimini karşılayabilecek durumda olmayan kişilere, günde bir kez yemek yardımı hizmetleri verilecektir. Japonya'da yürütülen evde sağlık hizmetleri uzun süreli bakım sigortası kapsamında yürütülmekte hemşirelik bakımı, temizlik hizmetleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve tıbbi cihazlardan yararlanma yer almaktadır. Başvuruyu yapan kişinin sağlık hizmetleri konusunda herhangi bir desteğe ihtiyacı olup olmadığı Uzun Süreli Bakım Sertifikasyon Kurulu tarafından incelendikten sonra çeşitli kriterler göz önünde bulundurularak 30 gün içerisinde karar verilebilmektedir (Simizutani ve Noriko, 2007).

İtalya'da evde bakım hizmetleri, sağlık bakımı ve sosyal hizmetlerin bütünleşmiş bir şekilde sunulduğu bir sistemle yürütülmektedir. Belediyelerin sosyal hizmet birimlerinde görevli sosyal hizmet uzmanının hazırladığı rapor doğrultusunda, geriatri uzmanı, fizyoterapist, hemşire, doktor ve sosyal hizmet uzmanından oluşan Yaşlı Değerlendirme Birimi, yaşlının gereksinimlerini belirleyerek, belirlenen gereksinimler doğrultusunda bakım hizmetlerinin sunumunu sağlamaktadır (Polverini ve diğ., 2004, Fattore ve Torbica, 2004).

İsveç'te 65 yaş ve üzeri bireylere yönelik hizmetler, evde bakım ve ev yardımı hizmetleri olarak iki ayrı şekilde sunulmaktadır. Evde bakım hizmeti, sağlık eğitimi almış profesyonel personel tarafından sağlanırken; ev yardımı hizmeti, günlük ev işlerinde destek sağlayan personel tarafından sunulmaktadır (Headman ve diğ., 2007). İsveç'te belediyelerin bünyesinde yaşlı bireylere yönelik rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Rehabilitasyon merkezleri hastanelere bağlı olarak hizmet vermekte olup bu merkezlerde iş uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı, doktor, hemşire, psikolog ve fizyoterapist görev almaktadır (Yılmaz ve diğ., 2013).

Hollanda da, evde bakım konusunda köklü bir geçmişe sahip, sosyal yönden refah bir ülkedir. Evde bakım alanında, evde kişisel bakım, sağlık bakımı, sosyal bakım ve evde yardıma yönelik hizmetler ve düzenlemelerine hizmetler verilmektedir. Başlangıçta ev ziyaretleri şeklinde sunulan bu hizmetler, zamanla profesyonel sağlık ve sosyal hizmet sunucuları aracılığıyla verilmeye başlanmıştır (Danış ve Solak, 2014). Diğer ülkelerdeki örneklerde de görüldüğü gibi sağlık ve sosyal hizmetler bütünleşmiş bir şekilde, belediyelerin bünyesinde, multidisipliner ekip tarafından sunulmaktadır.

Uygulanan modele ilişkin sağlık ekibi, evde sunulan hizmetlerin yatağa bağımlı hastalarda riskleri azalttığı, tedaviyi kolaylaştırdığı, ortamın daha kolay hastaya uygun hale getirildiği, uyumunu kolaylaştırdığı ve güveni artırdığını ayrıca hastane enfeksiyonlarına yakalanma riskini azaltarak avantaj sağladığını belirtti. Buna karşın, evde sunulan hizmetlerin

ekipman eksiklikleri nedeniyle tedavi süresini uzatıp kısıtlayabildiği, bakım verenlerin yükünün fazla olduğu, denetim eksikliklerinin görülebildiği, hastanın mahremiyeti açısından dezavantajlar oluşturabildiğini ifade ettiler. Evde bakım hizmetleri hastane kullanımını azaltmakta ve hastanede oluşabilecek enfeksiyonlardan korunmayı sağlamaktadır (Landi ve diğ., 2001). Bireyler, bağımsızlıkları ve özgürlüklerini koruyarak kendi ortamlarında daha huzurlu ve mutlu olmaktadırlar. Evdeki tehlikelerin fark edilip çözülmesi daha kolay olmakta, ayrıca kendini gerçekleştirme yetenekleri, özgürlükleri ve diğer insanlarla etkileşim halinde olmaları iyileşme süreçlerini hızlandırmaktadır. Aile üyeleri bakım sürecine dahil olduğundan, hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarındaki değişiklikler daha çabuk fark edilebilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimi olmayan bireyler için önemli bir alternatif oluşturmaktadır (Aksoy ve diğ., 2015). Sağlık çalışanı, hastanın yanında sürekli bulunamadığı için teknolojik cihaz arızaları, damar yolu tıkanıklığı, sepsis, tromboz gibi acil durumlara müdahalelerde de zorluklar yaşanabilmektedir. Ayrıca, hizmet sunan personelin alışık olmadığı bir ortamda çalışması, sürekli hastanın yanında olamaması, verimliliği düşürebilmekte ve hizmet sunumunu daha da zorlaştırabilmektedir. Hasta kendi yaşam alanında hizmet almak istemeyebilir bu durumda sağlık profesyoneli ile iletişimde sıkıntılar yaşamasına ve yeterli güvenliğin sağlanamamasına neden olabilmektedir (Altuntaş ve diğ., 2010). Sağlık profesyonellerinin güvenliğinin sağlamasında ciddi sıkıntılar yaşanabilmektedir (Aksoy ve diğ., 2015, Çoban ve Esatoğlu, 2004). Sunulan hizmetlerin avantaj ve dezavantajlarına yönelik bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan halkın ve yerel yöneticiler ve sağlık çalışanlarının görüşleri doğrultusunda sağlık gereksinimlerini belirlenmiş ve belirlenen gereksinimler doğrultusunda evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetleri modeli geliştirilmiştir. Bu modelin ön uygulamasına yönelik değerlendirmeler, hizmetten gönüllü olarak yararlanan bireylerin sağlık düzeyleri ve hizmet sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının görüşleri ile yapılmıştır.

Değirmenlik Akıncılar Belediyesi'nin sunduğu sosyal destek projelerinden yeterli düzeyde yararlanılmadığı ve sosyal farkındalığın gelişmediği görülmüştür. Belediyenin sosyal bilinci artırmak ve farkındalığı sağlamak için gerekli düzenlemeleri yapması gerekmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği puanları değerlendirilirken en yüksek puanın sosyal ilişkiler alanında olduğu bunun nedeninin, bölgede köy yaşantısının hüküm sürdüğü ve komşuluk ilişkilerine büyük önem verilmesi olduğu düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırılan bağımsız değişkenlerden özellikle gelir durumu ve gelir algısının yaşam kalitesini doğrudan etkilediği görülmüştür. Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan halkın sosyoekonomik koşullarının desteklenmesine yönelik geliştirilen faaliyetlerin artırılması, finansal danışmalık ayrıca barınma ve iş bulma yönünden politikalar üretilmesi gerektiği görülmektedir.

Yeterli yeşil alan varlığı, bölgede güvenli aktivite alanı ve fiziksel aktivite yapma düzeyinin yaşam kalitesini doğrudan etkilediği görülmüştür. Değirmenlik Akıncılar Belediyesi'nin fiziksel aktiviteye yönelik güvenli alanlar geliştirmesinin, halkın fiziksel aktivite yapma bilincini oluşturacağı ve toplumda sağlıklı yaşam davranışlarının gelişmesine katkıda bulunacağı ve sedanter yaşama bağlı oluşacak hastalıkların ortaya çıkma riskini azaltması beklenmektedir.

Bölgede bulunan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ölçek puanları düşük bulunmuştur. Bu da yaşlı bireylere sunulacak hizmetlerin daha da önemli hale geldiğini göstermektedir. Bölgede hizmet veren Gündüz Bakım Merkezinin hizmetlerini geliştirmesi, hizmete ulaşamayanların

erişimlerinin sağlanması ve merkezin faaliyetlerine yönelik farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşımdan duyulan memnuniyet, sağlık kontrollerinin düzenli olarak yaptırılması, sunulan sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin yaşam kalitesinin tüm puan ortalamalarını pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bölgede yaşayan halkın sağlık hizmetlerine ulaşım ve erişimde yaşadıkları sıkıntıları yerel düzeyde çözebilmek için gerekli politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, KKTC Sağlık Bakanlığı ile yerel yönetimlerin iş birliklerini geliştirmeleri önerilmektedir.

Bölgede artan yaşlı nüfusla beraber yaşlı bireylere sunulacak hizmetler daha da önemli hale gelmiştir. Gerek yerel yöneticiler gerekse sağlık çalışanları bölgedeki sağlık hizmetlerinden en fazla yaşlıların yararlandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bölgede gereksinim duyulan sağlık hizmetinin evde bakım olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda, Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Sağlık ve Sosyal Destek Şubesi tarafından evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetleri geliştirilmiştir. Evde sağlık bakımı ve sosyal destek hizmetleri içeriği ve kapsamı oluşturulurken, bireylerin yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, gayri resmi bakıcıların evde bakım hizmetlerine katılımı, yaşanılan bölge ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi faktörler göz önünde bulundurulmuştur. Hizmetlerin, bu faktörler göz önünde bulundurularak tüm halka yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Evde sağlık bakımı ve sosyal hizmet sunumunda görev alacak sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği, adil iş yükü, uzmanlaşma konusunda gerekli düzenlemelerin yapılarak çalışan motivasyonu ve verimliliği sağlanması önerilmektedir.

Evde sağlık bakımı ve sosyal hizmet sunumunda görev alacak personelin bakım ve politikalar konusunda bilinçlendirilmesi, görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması, yerel düzeyde politikaların oluşturularak yasal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Toplum sağlığının geliştirilmesi için özellikle Sağlık Bakanlığı ve belediyeler başta olmak üzere sektörler arası iş birliği yapılması gerektiği belirlendi. Sektörler arası iş birliği ile hizmetlerin sunumunda koordinasyonun ve etkinin arttığı, faaliyetlerin yürütülmesini kolaylaştırdığı, kapsamı artırdığı ve işlerin daha hızlı çözüldüğü ifade edildi. Finansal kaynakların artırılması ve yeterli sayıda uzman personel istihdamı ile hizmetlerin geliştirilmesi, bölgeye yapılacak yatırımların artırılması ve yasal düzenlemeler ile yapının güçlendirilmesi gerektiği ifade edildi. Hizmetlerin daha hızlı ve etkili bir şekilde sunulmasına, kapsamın

genişlemesine ve çözüm süreçlerinin hızlanmasına olanak tanıyacağı ayrıca toplum sağlığının sürdürülebilir ve etkili bir şekilde iyileştirilmesini katkı sağlayacağı için sektörel iş birliğinin artırılması önerilmektedir.

Bölgenin yaşlı nüfus popülasyonun çok fazla olduğu, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusa verilecek hizmetlerin geliştirilmesinin önemli hale geldiği, evde bakım hizmetlerinin multidisipliner bir ekiple veya iş birliği içerisinde koordineli olarak yapılması gerektiği belirtildi. Ayrıca bakıcıların yaşlı/hasta birey bakımı konusunda eğitilmeleri, bakıcıların takip ve denetimlerinin yapılması gerektiği belirtildi. Bakım hizmetlerinin kalitesini ve sürekliliğini artırarak yaşlıların daha iyi bir bakım almasını sağlayacak ve toplum sağlığının güçlendirilmesine katkı sunacak daha kapsamlı ve bütünsel sistemlerin belediyeler bünyesinde benimsenmesi önerilmektedir.

Değirmenlik Akıncılar Belediyesi sınırları içerisinde yürütülen bu çalışmanın, bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, sunulan hizmetlerinin daha etkili hale getirilmesi ve bireylerin refahına katkıda bulunulması sağlanmış olup, ülke geneline yaygınlaştırılması önerilmektedir.

# KAYNAKLAR


Akın, G. Her Yönüyle Yaşlılık. Ankara: Palme Yayıncılık; 2006.

Akman M., 2014. TAHUD 2014, Durum Raporu: Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*,18 (2): 70-78.

Aksoy, H., Kahveci, R., Şencan, İ., Kasım, İ., Özkara. A., 2015, Evde bakım hizmetlerine genel bakış ve Türkiye'deki mevcut durum, *Türk Tıp Dergisi*, 7(2), 162-168.

Aldinç, H., Aytar, B., Demetçi, E. M., Seçen, E. A., Şahin, A., & Yılmaz, H., 2004, Ankara ilinden seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, s37.

Al-Dubai, S. A. R., Al-Naggar, R. A., Alshagga, M. A., Rampal, K. G., 2011, Stress and Coping Strategies of Students in a Medical Faculty in Malaysia. *Malays Journal of Medical Sciences*, 18(3), 57–64.

Altuntaş, M., Yılmazer, T. T., Güçlü, Y. A., Öngel, K., 2010, Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri, *Tepecik Eğit Hastanesi Dergisi*, 20 (3), 153-8.

Artazcoz, L., Benach, F., Borrell, C., & Cortes, I., (2005), Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health, *Journal Epidemiol Community Health*, 59(9), 761-767.

Assari, S., Hani, N., 2018, Household income and children's unmet dental care need; Blacks' diminished return, *Dentistry journal*, 6(2), 17.

Ayaz. S., Yaman Efe. S., Korukluoglu. S., 2008, Jinekolojik kanserli hastaları algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 28 (6), 880-885.

Aydoğan, B., Aydın, A., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H., 2020, Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarıyla ilgili bilgi, tutum düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 11-23.

Balcıoğlu, İ., 2005, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, Sempozyum Dizisi No:47.

Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231–274.

Barış, İ., Erkal, M. E. (2009). Sokakta Yaşayan Çocuklar ve Aileleri. *Sosyoloji Konferansları*, (39), 87-114.

Belediyeler İç Düzen Yasası, 1995, Resmî Gazete, 51/1995, 13 Ağustos 1995.

Belek. I., 1998, Algılanan saglıkta sınıfsal ve sosyoekonomik esitsizlikler: Antalya'da bir alan çalışması, *Toplum ve Heki,*. 13 (4), 292-299.

Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S., Aslan, D., Subaşı, N. Ve Telatar, T.G., 2005, Van ili 15 yaş üzeri erkeklerde sf-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Tıp Bilimleri Dergisi*, 25 (5), 105-109.

Braveman, P. & Gottlieb, L., 2014, The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes, *Public Health Rep*, 129, 19–31.

Burke, W.J., Roccaforte, W.H., Wengel, S.P.,1991, The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. J *Geriatr Psychiatry Neurol* 4(3), 173–178, 15.

Can, Ö., Ünal, N., 2008, Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), 6-13.

(CDC) Centers for Disease Control and Prevention., 2024, *Leading Causes of Death*, https://www.cdc.gov/nchs/fastats/disability-and-risk-factors.htm, (Erişim tarihi: 20 Mayıs 2024)

Chaupain-Guillot, S. & Guillot, O., 2015, Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC , *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796.

Chelak, K. & Chakole, S., 2023, The role of social determinants of health in promoting health equality: A narrative revie, *Cureus*, 15(1).

Ciano, A., 2024, From Revolution to Resilience: The Impact of the US Embargo on the Post-Revolutionary Cuban Public Health System, Honor thesis. University of North Carolina.

Croucher, K., Myers, L., Jones, R., Ellaway, A. and Beck, S., 2007, Health and the Physical Characteristics of Urban Neighbourhoods: A Critical Literature Review, Final Report, Glasgow, *Glasgow Centre for Population Health*.

Çoban, M., Esatoğlu, A. E., 2004, Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Tıp Etiği Hukuku Tarihi*, 12, 109-120.

Çınarlı, S., Aktaş, E., 2010, Yaşlının Hukuki Hakları, Belediyeler ve Diğer Kurumlarda Yaşanan Sorunlar, *Özveri Dergisi*, 7(2), 1619-1634.

Danış, M.Z, Solak, Y., 2014, Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu: Hollanda örneği. *The Journal of Academic Social Science,* 24, 57-71.

Deger, D., Aslan, Ö. D., Çömez, K., Eren, F., Adirbelli, S., & Aslan, G., 2017, Mesane Kanseri Erken Tani ve Tedavisinde Toplumsal Farkindalik: Yas ve Egitim Duzeyinin Onemi, *Bulletin of Urooncology*, 16(1), 12-17.

Değirmenlik Akıncılar Belediyesi Bölgesel Stratejik Gelişim Planı, 2022.

Değirmenlik Belediyesi Gündüz Bakım Merkezi. (2014) https://degirmenlik.org/degirmenlik-belediyesi gunduz-bakim-merkezi (Erişim 26 Ekim 2024).

Değirmenlik Belediyesi Sosyal Aktivite Merkezi. (2018). https://degirmenlik.org/degirmenlik-belediyesi-sosyal-aktiviteler (Erişim 26 Ekim 2024)

Dereci, O. N. (2017). Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Demiral. Y., Soysal. A. Kılıç. B., Uçku. R, Bilgin. A.C., Karakus. N. ve Ünal. B., 2007, Izmir Konak ilçesinde 20 yaş ve üzeri nüfusta sosyoekonomik göstergeler ve koroner kalp hastalığı etkisi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (1), 27-40.

De Silva, K. M., de Silva, K. M., 1981, A *history of Sri Lanka*, Universty of California Press.

Diaz-Briquets S., 1983, The Health Revolution in Cuba, Austin, *University of Texas Press.*

Diderichsen, F., Evans, T., Whitehead, M., 2001, The social basis of disparities in health, New York: Oxford UP.

Dijkstra, A., Buist, G., Dassen T., 1996, Nursing-Care dependency. Development of an Assessment Scale for Demented and Mentally Handicapped Patients. *Scand J Caring*, 10(3), 137–43.

Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H., Isik, A.T., 2018, Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults, *North Clin Istanbul*, 5(3), 216-220.

European Centre for Disease Prevention and Control, 2024, (Erişim tarihi: 12 Ocak 2025) https://www.ecdc.europa.eu/en/migrant-and-refugee-health(Erişim 24.05.2024)

Ege, E., Zincir, H., Güneş, G., & Bilgin, N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *14*(2), 83-92.

Ellaway, A., Macintyre, S. and Bonnefoy, X., 2005, Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey, *British Medical Journal*, 331, 611-2.

Engel, G. L., 1977, *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, Science, 196(4286), 129-136.

Erdoğan, S., Nahcivan, N.ve Esin, N.(Ed.), 2018, *Hemşirelikte Araştırma*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Yalçin, Eser S., Elbi, H., Göker, E., 1999, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in PsikometrikÖzellikleri, *3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi*, 7, 23-40.

Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M., 2001, Challenging inequities in health, New York: Oxford UP.

Evci, E. D., Ergin, F., Okur, O., Saruhan, G., Beser, E., 2012, Local Decision Makers Awareness of the Social Determinants of Health in Turkey: A Cross- Section Study, *BMC Public Health*, 12, 437.

Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2023, (Erişim tarihi: 12 Ocak 2025) https://hhdd.org.tr/wp-content/uploads/2022/01/Evde-Bakim-Hizmetleri-Sunumu-Hakkinda-Yonetmelik.pdf

Fattore, G., Torbica, A., 2004, Health services benefit catalogue in Europe, Country Report:İtaly, (Erişim tarihi: 27 Mayıs 2024), http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Italy.pdf.

Fernando D., 2000, An overview of Sri Lanka's health care system, *Health care systems in transition III*, Sri Lanka, Part I, Vol, 22(1).

Fone, D. L., & Dunstan, F., 2006, Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation, *Health and Place*, 12, 332-334.

Folstein, M.F., Folstein, S., Mc Hugh, P.R., 1975, "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*,12, 189-198.

Fagerström, C., Willman, A, Home care across europe case studies: Sweden. Edited by Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson, Richard B Saltman. 2013: 272-279. (Erişim tarihi: 27 Mayıs 2024), https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/home-care-across-europe-case-studies.pdf

Garms,V, H., 2023, Home care across Europe case studies: Germany. Edited by Nadine Genet, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson, Richard B Saltman. 110-118. (Erişim tarihi: 27 Mayıs 2024), https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/home-care-across-europe-case-studies.pdf

Gallagher, C. T., Mehta, A. N., Selvan, R., Mirza, I. B., Radia, P., Bharadia, N. S. and Hitch, G., 2014, Perceived Stress Levels Among Undergraduate Pharmacy Students in the UK, *Curr Pharm Teach Learn*, 6(3),437–41.

Gencelli, A., 2023, Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlığa Erişim: İstanbul'da Sağlık Altyapısının Sektörel Bazda İncelenmesi, (Erişim tarihi: 9 Şubat 2025) https://ipa.istanbul/wp-content/uploads/2024/03/KENT-GUNDEMI-SAGLIGA-ERISIM.pdf

Gerçek, H., 2019, Yürümek ve Yürünebilir Kentler Üzerine. Türkiye Sağlıklı Kentler birliği. https://www.skb.gov.tr/yurumek-ve-yurunebilir-kentler-uzerine/, (Erişim tarihi: 22 Mayıs 2024).

Gonzalez, M., Pons Vasquez, R., Rodriguez Bencomo, D., ve Choonara, I., 2016, International medical collaboration: lessons from Cuba. *Children*, *3*(4), 20.

Gökkaya, V., 2009, Türkiye'de şiddetin kadın sağlığına etkileri, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadive idari bilimler dergisi*, 10(2),167-179.

Gönyeli Belediyesi, 2016, Bisiklet Gönyeli'de Yaşam Biçimi Olacak. http://www.gonyeli.org/bisiklet-gonyelide-yasam-bicimi-olacak/ ,(Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Gönyeli Belediyesi, 2017, Gönyeli SAM'da Yoga Kursları Devam Ediyor. http://www.gonyeli.org/gonyeli-samda-yoga-kurslari-devam-ediyor/, (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Gunatilleke, G., 1984, Intersectoral Linkages and Health Development: Case Studies in India (Kerala State), Jamaica, Norway, Sri Lanka, and Thailand. Geneva: World Health Organization.Gümüş.Y., Bilgili. N., 201, Göçün Sağlık Üzerine Etkileri, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1).

Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., Engin, F., 2002. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,13,273-281.

Gün, M.F., Topal Koç, D., 2023, Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Değerlendirmesi, Ekonomik ve Yapısal Etkiler, *Usaysad Dergisi*, 9(1), 49-68.

Gümüş.Y., Bilgili. N., (2015) Göçün Sağlık Üzerine Etkileri. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimerli dergisi. 18(1).

Tel, H., Kocataş, Güler, N., Aydın, H. T., Gündoğdu, N. A., (2019). Evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu ve etyen faktörler. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 256-264.

Hedman, NO., Johansson, R., Rosenqvist, U., 2007, Clustering and inertia: structural integration of home care in Swedish elderly care, *International Journal of Integrated Care* ,Vol. 7, ISSN 1568-4156. (Erişim tarihi: 27 Mayıs 2024), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2000976/.

İleri, O. N., 2017, *Sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda yaklaşım ve uygulama farklılıklarının araştırılması: nitel bir çalışma*, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara.

İlseven, S., Hıdırer, G., Tümer, A., 2007, *Kıbrıs Coğrafyası*, FSF Matbaacılık, KT Eğitim Vakfı Yayınları.

International Council of Nurses (ICN), 2017, *Nurses' Role in Achieving the Sustainable Development Goals*, https://www.icnvoicetolead.com/wp- content/uploads/2017/04/ ICN_AVoice ToLead_guidancePack-9.pdf, (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

International Council of Nursing (ICN), 2017c, *Nurses: A voice to lead*, https://www.icnvoicetolead.com/wpcontent/uploads/2017/04/ICN_AVoiceToLead_guidancePack-9.pdf (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

International Council of Nursing (ICN), 2017d, *2017- Nurses: A voice to lead - Achieving the sustainable development goals*, https://www.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2017/04/ICN_AVoiceToLead_guidancePack-9.pdf(Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Islam, M. M., 2019, Social determinants of health and related inequalities: Confusion and implications, *In Frontiers in Public Health*, Vol. 7, Issue FEB, Frontiers Media S.A.

Karanikolos, M. & Kentikelenis, A., 2016, Health inequalities after austerity in Greece, *International journal for equity in health*, 15(1), 83.

Karahan, A., Güven, S., 2002, Yaşlılıkta evde bakım, *Tur J Geriatrics*, 5(4), 155 – 9.

Kayral, İ. H., 2014, Perceived Service Quality İn Healthcare Organizations And A Research İn Ankara By Hospital Type, *Ankara Araştırmaları Dergisi,* 2(1), 22-34.

Kim, I. H., Muntaner, C., Shahidi, F. V., Vives, A., Vanroelen, C., & Benach, J., 2012, Welfare states, flexible employment, and health: a critical review, *Health Policy*, 104(2), 99-127.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M., Pentti, J., Ferrie, J. E., 2003, Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality, *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 663-668.

KKTC Sağlık Bakanlığı, 2024, https://tshd.gov.ct.tr/faliyetler/, (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

KKTC Sağlık Bakanlığı, 2023, "Sağlık Bakanlığı Lefkoşa'da Batı Nil Virüsü Vakası Tespit Edildiğini Açıkladı". http://saglik.gov.ct.tr/BASIN-ODASI/sağlık-bakanlığı-lefkoşa-da-batı-nil-vir252s252-vakası-tespit-edildiğini-a231ıkladı, (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Kocabaş. A. (2014) Küresel ve ulusal akciğer sağlığına en büyük tehdit sağlıkta eşitsizlik.ToraksBülteni.Haziran.s:9-14.

Koçoglu. D. ve Akın. B., 2009, Sosyoekonomik esitsizliklerin sağlıklı yasam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, *DEÜ Hemsirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2 (4), 145-154.

Konuşur Serinsu, L., 2014, *KKTC'de Belediyelerin Yaşlı Bakım Hizmetleri İle İlgili Faaliyetlerinin Belirlenmesi ve Alternatif Model Önerisi*, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.

Kozan, R., Tokgöz, V., 2016, Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 7(4).

Kumsar, A. K., Yılmaz, F. T., 2014, Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.

Kutlu, G., Akbulut, Y., 2019, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesi, *Konuralp Medical Journal*, 11(1), 132-143.

Kurt, A.Ö., 2017, Evaluation of Relations between Housing Conditions and Health: The Case of Mezitli District, *International Congress of Health and Environment Abstract Book*, p: 252.

Kyriaki , R., Phoebe , K. , 2009, Environmental Effects on Public Health: An Economic Perspective, *İnternational Journal Environ Research Public Health*, 6(8), 2160–2178.

Lalonde, M., 1974, *A new perspective on the health of Canadians*. Information Canada.

Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Feredici, S., 2001, A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 968-70.

Laragy, C., Naughtin, G., 2010, Increasing consumer choice in aged care services- A position paper. *Working for an Australia free of poverty*, Brotherhood of St Laurence.

Lavin, T., Higgins, C., Metcalfe, O. and Jordan, A., 2006, Health Effects of the Built Environment: A Review. Dublin, Belfast, Institute *of Public Health in Ireland*.

Lefkoşa Türk Belediyesi (LTB) Paylaşım Mutfağı, 2016, https://www.lefkosabelediyesi.org/paylasim-mutfagi/ (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Lincoln, Y. ve Guba, E. (1985). Naturalistic inquiry: Establishing Trustworthiness, *Beverly Hills.*

Mackenbach J, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F., 2002., Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health, London, Routledge.

MacKinney, A., Coburn, A., Lundblad, J., McBride, T., Mueller, K., Watson, S., 2014, Access to rural health care–a literature review and new synthesis, *Policy Report. Rupri: Rural Policy Research Institute*.

Mandıracıoğlu, A. (2016). Yaşlı sağlığının sosyal belirleyicileri. *Ege Tıp Dergisi*, *55*.

Marmot, M., 2005, Social determinants of health inequalities, *Lancet*, 365(9464),1099-104doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

Marşap, A., Akalp, G., Yeniman, E., 2010, Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi, *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).

Mccann, P., Poot, J., Sanderson, L., 2010, Migration, Relationship capital and international travel ; theory and evidence, *Journal of economic geography*, 10(2), 361-387.

McKeown, T., 2014, *The role of medicine: Dream, mirage, or nemesis*, 56nd ed., Princeton University Press.

Merriam, S. B., (2009). Qualitative research: A guide to design and implementation: revised and expanded from qualitative research and case study applications in education. *The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series.*

Munoz and Scrimshaw, 1995 The nutrition and health transition of democratic Costa Rica. Boston, *MA:International Fund for Developing Countries*.

Nayeri, K., 1995, The Cuban health care system and the factors currently undermining it, *J Community Health*, Aug;20(4), 321-34.

Oğlak, S., 2011, Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri, *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(04), 115-30.

Öner, C., 2014, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(3), 15-18.

Öngören, B., 2020, Sağlığın sosyal belirleyicileri açısından Türkiye, Ege Bölgesi ve Muğla üzerine bir değerlendirme, *Güncel Sosyoloji ve Felsefe Araştırmaları*, Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Pala, K., 2018, Yerel Yönetimlerde Sağlıkta Sektörler Arası İş birliği, *Turkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, 4(2), 92-8.

Park, M. B., Nam, E. W., 2019, National level social determinants of health and outcomes: Longitudinal analysis of 27 industrialized countries. *SAGE Open*, 9(2), 1-8.

Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP., 2005, Behavioral determinants of healthy aging, Am *J Prev Med*, 28(3), 298-304.

Pineo, R., 2019, Cuban public healthcare: A model of success for developing nations. *Journal of Developing Societies*, *35*(1), 16-61.

Polat, Y., Yanıkoğlu, A., Çetin, H., 2017, İklim Değişikliğinin Sivrisinek Kaynaklı Hastalıklar Üzerine Etkisi, *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi C- Yaşam Bilimleri ve Biyoteknoloji*, 6(2), 86-89.

Polverini, F., Principi, A., Balducci, C., Melchiorre, M. G., Quattrini, S., Gianelli, M. V., Lamura, G., 2004, National Background Report For Italy, Eurofamcare. Erişim tarihi: 17.05.2024, *http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_italy_rc1_a4.pdf*

Prüss-Üstün Annette Wolf J., Corvalán Carlos F., Bos R., Neira M., 2016, Preventing Disease through Healthy Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks, *World Health Organization; Geneva, Switzerland*:, 1–147.

Puska, P., 2007, Health In All Policies, *The European Journal of Public Health*, 17(4), 328-328.

Raphael, D., 2003, Barriers to Addressing the Social Determinants of Health: Insights from the Canadian Experience, *Health Policy*, 68(1), 123-132.

Rappaport, S. M., 2011, Implications of the exposome for exposure science, *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 21(1), 5-9.

Rannan-Eliya, R. P., 2006, Sri Lanka's Health System–Achievements and Challenges. *Institute for Health Policy*.

Rosero-Bixby L, Halstead S, Walsh J, Warren K., 1985, Infant Mortality Decline in Costa Rica, Good health at low cost, *New York: Rockefeller Foundation.*

Saenz L. Halstead S, Walsh J, Warren K., 1985, Health Changes during Decade: The Costa Rican Case, Good health at low cost, *New York: Rockefeller Foundation*.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Versiyon 5, Revizyon-01), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2016, Ankara.

Erişim Tarihi: 20.01.2025 *https://egekenthastanesi.com/wp-content/uploads/2020/01/sks-saglikta-kalite-standartlari.pdf*

Sarıkaya, D., 2013, *Geriatrik hastalarda Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) testinin uzun ve kısa (MNA-SF) formunun geçerlilik çalışması*, Hacettepe Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.

Selçuk Tosun. A. ve Akça. G., 2014, Konya kent merkezinde sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yasayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal saglık durumlarını etkileye faktörler, *Anadolu Hemsirelik ve Saglık Bilimleri Dergisi*, 17 (4). s:207-215.

Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S., 2014, Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame?, *Soc Sci Med*,101, 52-60.

Shenton, A. K., 2004, Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects, *Education for information*, 22(2), 63-75.

Shinoda-Tagawa, T., Soichi, K., 2002, Long-Term Care: Lessons from the United Kingdom, Germany and Japan, *Harvard Health Policy Review*, 3(1), (Erişim tarihi: 27 Mayıs 2024), http://www.hcs.harvard.edu/~epihc/currentissue/spring2002/shinoda-tagawa-koike.php.

Simizutani, S., Noriko, I., 2007, Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data, *Government Auditing Review*, 14, 27-40.

Skevington SM, Lofty M, O'Connell KA., 2004, The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from WHOQOL-Group, *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.

Solar O. and Irwin A., 2010, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva.

Spiegel J, Yassi A., 2004, Lessons from the Margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox, *Journal of Public Health Policy*, 25(1), 86-88.

Sutcliffe, P., 1997, Municipal Public Health Practices in Ontario: A Critical Analysis, *Canadian Journal of Public Health*, 88(1), 20-24.

Swanson, K. A., Swanson, J. M., Gill, A. E., & Walter, C. (1995). Primary care in Cuba: A public health approach. *Health Care for Women International*, *16*(4), 299-308.

Şahin, M., 2018, Sağlın sosyal belirleyicileri ve sosyal belirleyicileri ve sosyal politikalar, *Türkiye'de sağlık harcamaları ve özel kesim uygulamaları*, Ekin basın yayın, 47-71.

Şatıroğlu, P., Topçuoğlu, R., (2025). Elverişli konut ilkeleri çerçevesinde sosyal yardım alan ailelerin barınma koşulları ve psikolojik iyi oluşları, *Dergi Park Akademik,* 12 (39), 33- 50

Şimşek. H., Kılıç B., 2012, Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10 (2), 116-127.

Şimşek, H. ve Yıldırım, A. (2011). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: *Seçkin Yayıncılık*.

Tong, A., Sainsbury, P., and Craig, J., 2007, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups, *International journal for quality in health care,* 19(6), 349–357.

Topol, E. J., 2015, The *patient will see you now: The future of medicine is in your hands*, Basic Books.

Torres, M., 2013, *Costa Rica Case Study: Primary Health Care Achievements and Challenges within the framework of the Social*. https://documents1.worldbank.org/curated/en/991581468233939710/pdf/749620NWP0COST00Box374316B00PUBLIC0.pdf (Erişim 24 Mayıs 2024).

Turancı, E., Eşiyok, E., 2012, Sağlık ve Kültür İlişkisi Bağlamında Popüler Sağlık Dergilerinde Sağlığın Sunumu, *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 54, 96-114.

Türkiye sağlıklı kentler birliği, 2005, Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Yönelik Eylemler: Önceki Deneyimlerden Elde Edilenler. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44488/9786058079519-tur.pdf (Erişim 24 Mayıs 2024).

Türkiye sağlıklı kentler birliği, 2021, https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/news/news/2021/5/8-national-healthy-cities-networks-now-accredited-in-phase-vii-of-the-who-european-healthy-cities-network(Erişim 24 Mayıs 2024).

Türkkan. A., 2009, Ise baglı kas-iskelet sistemi hastalıkları ve sosyoekonomik eşitsizlikler, *Uludag Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35 (2), 101-106.

Tüzün. H., Aycan. S. ve Ilhan. M.N., 2014, Birinci basamak saglık kuruluşlarına basvuranlarda algılanan saglık ve sosyal belirleyicileri, *Toplum ve Hekim*, 29 (2), 91-104.

Ulutürk, S., 2015, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52(603), 47-63.

Vapur, M., Yavuz, E., 2022, Boş Zaman Katılımının Yaşam Kalitesine Etkisi: Boş Zaman Tatmini ve Algılanan Stresin Aracılık Rolü, *Journal of Gastronomy, Hospitality and Travel*, 5(3), 1252-1268.

Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., Vahtera, J., 2005, Temporary employment and health: a review, *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610-622.

Whang, L. L., Shen, Y., 2003, Chinese SF-36 health survey:Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation, *Journal Epidemiology and Community Health*, 57 (4), 259-261.

Williamson DL, Carr J. Health as a resource for everyday life: advancing the conceptualization. Critical Public Health 2009;19:1, 107-122.

Winchester, B.S., 2019, Social Determinants of Health Assessment Tool: Implications for Healthcare Practice, *Social Work in Public Health*, 34 (5), 395-408.Williamson DL, Carr J., 2009, Health as a resource for everyday life: advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19(1), 107-122.

Wickramasinghe, M., Kodikara, C., 2012, Representation in Politics: Women and gender in the Sri Lankan republic. *The Sri Lankan Republic at 40: Reflections on Constitutional History, Theory and Practice*, 772-820.

Wickramasinghe, K., 2014, Role of social protection in disaster management in Sri Lanka. *Sri Lanka journal of social sciences*, *35*, (1-2).

Whitehead, M., Dahlgren, G., 2006, Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. World Health Organization Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107790/E89383.pdf (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

World Health Organization, 2009, Zagrep deglaration for healthy cities, WHO Regional Office for Europe, 2009, Copenhagen. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349890/WHO-EURO-2009-4251-44010-62068 (Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

World Health Organization, 2019, *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO) 2024, *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization (WHO), 2020, *Basic document.* 46 edition, 6. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6" (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization (WHO), 2024, *Maternal mortality*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality, (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, 1988, *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*, https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/second-global-conference (Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2024).

World Health Organization, 1991, *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HED-92.1 (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, 1997, *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-global-conference/jakarta-declaration erişim tarihi: 22.05.2024.

World Health Organization, 2000, *The Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action*, https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fifth-global-conference/mexico-ministerial-statement (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, 2005, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter, (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, 2008, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health,* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf, (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, 2009, *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Seventh Global Conference on Health Promotion, Nairobi*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, 2017, *Adelaide Statement II on Health in All Policies,* https://www.who.int/publications/i/item/adelaide-statement-ii-on-health-in-all-policies, (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024).

World Health Organization, WHO, 2007, Prevention *of cardiovascular disease : pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva.

Vellas, B., Guigoz, Y., Philip, J.,1999 Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional status of elderly patients, *Nutrition*,15(2),116-122.

Yanık, A., Hanbaba, Z., Soygör, S., Ayaltı, B. ve Doğan, M., 2014, Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye'den kanıt, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4(4), 105-111.

Yardım MS, Özcebe H., 2010, Ankara ili çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar, *Ege Tıp Dergisi*, 49 (1), 19-30.

Yetim, B. ve Çelik, Y., 2020, Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440.

Yıldırım, A. (2014). *Sağlık, Yönetim ve Hemşirelik*. Ankara: Hedef CC Basın Yayın.

Yılmaz, S., Açıkgöz, A., Çevik, C., Selçuk, K., Uçku, R., 2013, Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(3), 105-114.

Yoloğlu, A. C., Kurt, A. Ö., Levent, Y. S., Levent, T., Burat, S., Karaca, S., Gökalp, S. (2020). Sağlık eşitsizlikleri, DSÖ yaşam kalitesi ölçeği üzerinden bir değerlendirme: Mersin ili Mezitli ilçesi örneği. *Planlama Dergisi*, 30(1), 66-88.

Yönt, GH., Akın, Korhan, E., Khorshid, L., Eşer, İ., Dijkstra, A., 2010, Bakım Bağımlılığı Ölçeğinin (Care Dependency Scale) Yaşlı Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı*, (13), 71.

# EKLER EK 1

**EK 2**

**EK 3**

# EK 4

**T.C. Istanbul Universitesi-Cerrahpaşa**

**Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sizi Laden SERİNSU KONUŞUR tarafından Doç.Dr. Betül SÖNMEZ danışmanlığında yürütülen ***Toplumun Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Yerel Yönetimlerin Katkısına Yönelik Bir Model Önerisi***"başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 368 kişi katılacaktır. [1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakmahakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

---

**Kısaca araştırmanın amacı:** Bu tez çalışmasının ana amacı, toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Bu ana amaç doğrultusunda, (1) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa ilçesinde Değirmenlik Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan toplumun sağlık bakım gereksinimleri halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticileringörüşleri doğrultusunda belirlenecek (2) belirlenen gereksinimler doğrultusunda yerel yönetimler tarafından yürütülebilecek bir hizmet sunum modeli geliştirilecek ve ön uygulaması ile modelin işleyişi değerlendirilecektir.

**Kullanılacak ölçekler:** ***Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)*** 27 sorudan oluşmaktadır. ***Sosyal Tanılama Formu,*** toplam 52 sorudan oluşmaktadır.

**Ses ve video kaydı yapılacaksa bilgilendirme:** ses ve video kaydı yapılmayacaktır.

**Veri toplama araçlarının imhası ile ilgili bilgi:** Bilgisayara işlenen veriler süresiz, veri toplama araçlarındaki veriler beş yıl süre ile saklanacak ve araştırma tamamlandıktan 5 yıl sonra araştırmacı tarafından imha edilecektir.

---

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Şahidin:[3]
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

---

[1]Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağının (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

[2]İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) Internet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki "araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair" ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem Internet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırıcının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

[3]Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcıaraştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT:Araştırmacıdan, onam formununimza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasınauygun olan alternatifi yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son halini vermesi ve bu şekliyleformu göndermesi beklenilmektedir.

# EK 5

**T.C. Istanbul Universitesi-Cerrahpaşa**

**Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sizi Laden SERİNSU KONUŞUR tarafından Doç.Dr. Betül SÖNMEZ danışmanlığında yürütülen ***Toplumun Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Yerel Yönetimlerin Katkısına Yönelik Bir Model Önerisi***"başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Araştırmada sizden tahminen 1 saat (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 29 kişi katılacaktır. [1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakmahakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

**Kısaca araştırmanın amacı:** Bu tez çalışmasının ana amacı, toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Bu ana amaç doğrultusunda, (1) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa ilçesinde Değirmenlik Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan toplumun sağlık bakım gereksinimleri halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticileringörüşleri doğrultusunda belirlenecek (2) belirlenen gereksinimler doğrultusunda yerel yönetimler tarafından yürütülebilecek bir hizmet sunum modeli geliştirilecek ve ön uygulaması ile modelin işleyişi değerlendirilecektir.

---

**Kullanılacak ölçekler:**

***Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu,*** Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, görüşmeyi yapılandırmak amacıyla hazırlanmıştır. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, toplum sağlığı çalışanlarının, çalıştıkları kurumları tarafından yürütülen toplum sağlığı hizmetlerini, yürütülen hizmetlerden yararlanan kişileri, toplum sağlığı hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesinde sorumlu olan kurum/kurumların belirlenmesi ve yürütülen hizmetlerin sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamında geliştirilmesine yönelik önerileri gibi görüşlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak toplam 9 açık uçlu sorudan oluşmaktadır .

**Ses ve video kaydı yapılacaksa bilgilendirme:** Görüşmeler, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu doğrultusunda gerçekleştirilecek olup ses kaydı alınması veya görüşmenin kaydedilmesi gerekmektedir. Görüşmede ses kaydının alınmasını kabul etmiyorsanız bilgileriniz not tutularak kaydedilecektir.

**Veri toplama araçlarının imhası ile ilgili bilgi:** Bilgisayara işlenen veriler süresiz, veri toplama araçlarındaki veriler beş yıl süre ile saklanacak ve araştırma tamamlandıktan 5 yıl sonra araştırmacı tarafından imha edilecektir.

---

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]**:**

Adı-Soyadı:.....

Imzası: Iletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;
☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Şahidin:[3]
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

---

[1]Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağının (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

[2]İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) Internet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki “araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair” ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem Internet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırıcının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

[3]Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcıaraştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT:Araştırmacıdan, onam formununimza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasınauygun olan alternatifi yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son halini vermesi ve bu şekliyleformu göndermesi beklenilmektedir.

# EK 6

**T.C. Istanbul Universitesi-Cerrahpaşa**

**Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sizi Laden SERİNSU KONUŞUR tarafından Doç.Dr. Betül SÖNMEZ danışmanlığında yürütülen ***Toplumun Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Yerel Yönetimlerin Katkısına Yönelik Bir Model Önerisi***"başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Araştırmada sizden tahminen 1 saat (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 33 kişi katılacaktır. [1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakmahakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve maralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

**Kısaca araştırmanın amacı:** Bu tez çalışmasının ana amacı, toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yerel yönetimlerin katkısını belirlemeye yönelik bir model önerisi geliştirmektir. Bu ana amaç doğrultusunda, (1) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa ilçesinde Değirmenlik Belediyesi sınırları içerisinde yaşayan toplumun sağlık bakım gereksinimleri halkın, sağlık çalışanlarının ve yerel yöneticileringörüşleri doğrultusunda belirlenecek (2) belirlenen gereksinimler doğrultusunda yerel yönetimler tarafından yürütülebilecek bir hizmet sunum modeli geliştirilecek ve ön uygulaması ile modelin işleyişi değerlendirilecektir.

**Kullanılacak ölçekler:**

***Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu Yerel Yöneticiler:*** Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, yerel yöneticilerle yapılacak görüşmeyi yapılandırmak amacıyla hazırlanmıştır. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, yerel yöneticilerin yönetim görevini üstlendikleri bölgede yerel hizmet ve toplum sağılığı hizmeti veren kurumlar tarafından yürütülen toplum sağlığı hizmetlerini, yürütülen hizmetlerden yararlanan kişileri, toplum sağlığı hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesinde sorumlu olan kurum/kurumların belirlenmesi ve yürütülen hizmetlerin geliştirilmesine yönelik önerileri gibi görüşlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak toplam 10 açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

**Ses ve video kaydı yapılacaksa bilgilendirme:** Görüşmeler, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu doğrultusunda gerçekleştirilecek olup ses kaydı alınması veya görüşmenin kaydedilmesi gerekmektedir. Görüşmede ses kaydının alınmasını kabul etmiyorsanız bilgileriniz not tutularak kaydedilecektir.

**Veri toplama araçlarının imhası ile ilgili bilgi:** Bilgisayara işlenen veriler süresiz, veri toplama araçlarındaki veriler beş yıl süre ile saklanacak ve araştırma tamamlandıktan 5 yıl sonra araştırmacı tarafından imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-Soyadı:.....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;
□ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Şahidin:[3]
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

---

[1]Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağının (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

[2]İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) Internet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki "araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair" ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem Internet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırıcının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

[3]Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcıaraştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT:Araştırmacıdan, onam formununimza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasınauygun olan alternatifi yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son halini vermesi ve bu şekliyleformu göndermesi beklenilmektedir.

**EK 7**

**Sosyal Tanılama Formu**

**Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF)**

Sayın Katılımcı,
Bu çalışma toplum sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması yönelik yerel yönetimler tarafından model geliştirilmesine amacıyla planlanmıştır. Çalışmada elde edilecek veriler toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle sizden kişisel bilgiler istenmemektedir. Yapacağımız değerlendirmenin sağlıklı olabilmesi için vereceğiniz bilgilerin doğru ve eksiksiz olması büyük önem taşımaktadır. Vereceğiniz bilgiler araş
tırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.
Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

**Uz. Hem. Laden Serinsu**
**Konuşur**
**İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,**
**Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi**

1. **Yaşınız: .....**
2. **Medeni Durumunuz:**
   a) Evli b) Bekâr
3. **Çocuk Sayınız: .....**
4. **Cinsiyetiniz :**
   a) Kadın b) Erkek
5. **Mesleğiniz: .....**
6. **Çalıştığınız yer:**
   a) Kamu Sektörü
   b) Özel Sektör
   c) Kendine ait iş
   d) Diğer.....
7. **Eğitim Durumuz:**
   a) Okuryazar değil
   b) İlkokul
   c) Ortaokul
   d) Lise
   e) Ön Lisans
   f) Lisans
   g) Lisansüstü
8. **Çalışma Durumunuz:**
   a) Çalışıyor
   b) Çalışmıyor ise nedeni.....
9. **Kaç yıldır aynı işte çalışıyorsunuz?**
   a)1 yıldan az
   b)1-5 yıl arası
   c) 6-10 yıl arası
   d)11-15 yıl arası
   e)16-20 yıl arası
   f) 21 yıl ve üzeri

**10. Gelir Durumunuz:**

a) Asgari ücret

b) 5.000-7.500

c) 7.501-10.000

d)10.001- 12.500

e) 12.501- 15.000

f) 15.001 ve üzeri

**11. Geçim durumunuz:**

a) Gelirim geçimime yetiyor

b) Gelirim geçimime yetmiyor

**12. Çalıştığınız işten memnun musunuz?**

a) Evet

b) Hayır ise nedeni……

**13. Sigara/alkol kullanır mısınız?**

a) Evet ise ……

b) Hayır

**14. Yaşadığınız konutun durumu:**

a) Kendime ait

b) Kira

c) Aileme ait

d) Diğer……

**15. Konutunuzda kiminle beraber yaşıyorsunuz?**

a) Yalnız

b) Eşimle beraber

c) Eşim ve Çocuklarımla

d) Çocuklarımla

e) Diğer…….

**16. Yaşadığınız konutta yeterli oda var mı?**

a) Evet b) Hayır

**17. Yaşadığınız konutun kullanımı kolay mı?**

a) Evet b) Hayır

**18. Yaşadığınız konutta kaç kişi kalıyorsunuz?.....**

**19. Yaşadığınız konut içerisinde banyo/tuvalet var mı?**

a) Evet b) Hayır

**20. Yaşadığınız konutta kendinize ait oda var mı?**

a) Evet b) Hayır

**21. Konutunuzu ısıtma amaçlı ne kullanıyorsunuz?**

a) Odun sobası

b) Gazlı soba

c) Elektrikli soba

d) Klima

e) Şömine

f) Gaz yağı ile çalışan soba

**22. İçme suyunuzu nasıl sağlıyorsunuz?**

a) Şebeke Suyu

b) Damacana- Şişe Su

c) Kuyu Suyu

d)Tanker

**23. Ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz?**

a) Kendime ait aracım var

b) Toplu taşıma

c) İş yerine ait araç

d) Diğer……

**24. Kronik hastalığınız var mı?**

a) Evet……. ……..

b) Hayır

**25. Fiziksel aktivite yapar mısınız?**

a) Evet……. ……...

b) Hayır ise 27. Soruya geçiniz.

**26. Ne sıklıkta fiziksel aktivite yapar mısınız?**

a) Her gün

b) Haftada 2-3 kez

c) Hafta 4-5 kez

d) Haftada 1 kez

27. **Yaşadığınız bölgede fiziksel aktivite yapabileceğiniz yeterli alan var mı?**
a) Evet b) Hayır

28. **Yaşadığınız bölgede yeterli yeşil alan var mı?**
a) Evet b) Hayır

29. **Yaşadığınız bölgede sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilir misiniz?**
a) Evet b) Hayır

30. **Sağlık kontrollerinizi ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?**
a) Yaptırmam
b) 6 ayda bir kez
c) Yılda bir kez
d) Hastalıkla ilgili semptom yaşadığım zaman
e) diğer.....

31. **Evde yaşayan 12 yaş altı çocuğunuz var mı?**
a) Evet b) Hayır

32. **31. Soruya evet yanıtını vermişseniz; çocuklarınızı sağlık kontrolüne ne sıklıkta götürüyorsunuz?**
a) Götürmüyorum
b) 6 ayda bir kez
c) Yılda bir kez
d) Hastalık ilgili semptom yaşadığı zaman
e) Aşıya götürüyorum
d)Kontrole götürürüm ama aşı yaptırmam

33. **Yaşadığınız bölgede sunulan topluma yönelik sağlık hizmetlerinden memnun muşunu?**
a) Evet b) Hayır

34. **Yaşadığınız bölgede sunulan topluma yönelik yerel hizmetlerinden memnun musunuz?**
a) Evet
b) Hayır ise nedeni.....

35. **Sizce aşağıdaki hizmet modellerinden hangisinin yaşadığınız bölgede uygulanması ile bölge halkının sağlık gereksinimleri daha iyi karşılanabilecektir?**
a) Evde bakım hizmetleri
b) Kronik Hastalık Yönetimi
c) Dayanışma Mutfağı Hizmetleri
d) Şefkat evleri
e) Kadın Sığınma evi
f) Kent Park

## Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF)

Bu ölçek sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Çok kötü | Biraz kötü | Ne iyi, ne kötü | Oldukça iyi | Çok iyi |
| 1. | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz? | | | | | |
| | | Hiç memnun değil | Çok az memnun | Ne memnun ne de değil | Epeyce memnun | Çok memnun |
| 2. | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| | | Hiç | Çok az | Orta derecede | Çokça | Aşırı derecede |
| 3. | Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? | | | | | |
| 4. | Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? | | | | | |
| 5. | Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? | | | | | |
| 6. | Yaşamınızıneölçüdeanlamlı buluyorsunuz? | | | | | |
| 7. | Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız? | | | | | |
| 8. | Günlükyaşamınızdakendinizinekadar güvende hissediyorsunuz? | | | | | |
| 9. | Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır? | | | | | |
| 10. | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? | | | | | |
| 11. | Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz? | | | | | |
| 12. | İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı? | | | | | |
| 13. | Günlükyaşantınızdasizegereklibilgive haberlerene ölçüdeulaşabiliyorsunuz? | | | | | |
| 14. | Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur? | | | | | |
| | | Çok kötü | Biraz kötü | Ne iyi, ne kötü | Oldukça iyi | Çok iyi |
| 15. | Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır | | | | | |
| | | Hiç memnun değil | Çok az memnun | Ne memnun ne de değil | Epeyce memnun | Çok memnun |
| 16. | Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 17. | Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizdenne kadarhoşnutsunuz? | | | | | |
| 18. | İşgörmekapasitenizdennekadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 19. | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 20. | Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 21. | Cinselyaşamınızdannekadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 22. | Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 23. | Yaşadığınızevinkoşullarındannekadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| 24. | Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdanne kadarhoşnutsunuz? | | | | | |
| 25. | Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz? | | | | | |
| | | Hiçbir zaman | Nadiren | Ara sıra | Çoğunlukla | Her zaman |
| 26. | Nesıklıktahüzün,ümitsizlik,bunaltı, çökkünlükgibi duygularakapılırsınız | | | | | |
| | | Hiç | Çok az | Orta derecede | Çokça | Aşırı derecede |
| 27 | Yaşamınızdasizeyakınkişilerle(eş,iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir? | | | | | |

## EK 8

**YARI YAPILANDIRILMIŞ GORUŞME FORMU (SAGLIK ÇALIŞANLARI)**

| Görüşme Deşifre Bilgileri | | | |
|---|---|---|---|
| **Tarih:** | | **Kurum Adı:** | |
| **Başlangıç Saati:** | | **Görüşme No:** | |
| **Süre:** | | **Bitiş Saati:** | |
| **Kayıt Türü:** | ☐Ses Kaydı ☐Telekonferans | | |

Merhaba, ben Laden Serinsu Konuşur. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı öğrencisiyim. Toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik sağlık çalışanlarının görüşlerinin belirlenmesi için sizinle konuşup görüşlerinizi almak istiyorum. Bu görüşmede amacım, toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olan faktörler, yürütülen hizmetler ve geliştirilmesi gereken kısımların bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle belirlenmesidir. Sizlerin görüşleriyle elde edilen bulgular toplum sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması yönelik yerel yönetimler tarafından model geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kimlik bilgileriniz araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmayacak ve tüm süreçte gizli tutulacaktır. Araştırma raporunda ise isimleriniz belirtilmeden takma bir ad/NUMARA aracılığı ile sunulacaktır.

Görüşme esnasında size sorular yönlendireceğim. Siz de cevaplayacaksınız. Cevaplamak istemediğiniz sorularda cevap vermeme ve istediğiniz zaman görüşmeyi sonlandırma hakkınız var. Bu görüşmemizin süresi vereceğiniz cevaplara göre değişecek olup, ortalama 1 saat süreceğini öngörüyorum. Son olarak; araştırmanın yöntemi gereği söylediklerinizi kaçırmamak için görüşmeyi kayıt altına almamız için izin veriyor musunuz?

Kayıt başlamadan önce sormak istediğiniz bir şey var mı?

1. Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Mesleğiniz, yaşınız, eğitiminiz, çalıştığınız bölüm, meslekte ve bu kurumda çalışma deneyiminiz gibi)
2. Sizce hizmet verdiğiniz toplumun sağlık gereksinimleri nelerdir?
3. Bu bölgedeki toplumun sağlık gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?
4. Kurumunuz tarafından yürütülen toplum sağlığı hizmetleri nelerdir?
5. Kurumunuzda uygulanan hizmetlerin hangileri sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamındadır?
6. Sunulan toplum sağlığı hizmetlerinden en çok kimler yararlanmaktadır?
7. Hizmet verdiğiniz toplumun gereksinimi olan ancak kurumunuz tarafından verilmeyen/verilemeyen hizmetler nelerdir?
8. Toplum sağlığı hizmetleri sağlığın sosyal belirleyicileri kapsamında nasıl geliştirilebilir?
   *Sondaj soruları:*Sizce verilen hizmetlerin yanısıra bölge halkının sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında başka neler yapılabilir/yapılmalıdır? Bu hizmetler hangi kurumlar tarafından yürütülmelidir?Yerel yönetimler toplum sağlığı gereksinimlerini karşılamak veya toplum sağlığını geliştirmek için ne yapabilir?
9. Eklemek istediğiniz görüş ve önerileriniz var mıdır?

## EK 9

**YARI YAPILANDIRILMIŞ GORUŞME FORMU (YEREL YONETICILER)**

| Görüşme Deşifre Bilgileri | | | |
|---|---|---|---|
| **Tarih:** | | **Yerel Yönetimdeki Hizmeti:** | |
| **Başlangıç Saati:** | | **Görüşme No:** | |
| **Süre:** | | **Bitiş Saati:** | |
| **Kayıt Türü:** | ☐Ses Kaydı ☐Telekonferans | | |

Merhaba, ben Laden Serinsu Konuşur. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı öğrencisiyim. Toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yerel yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesi için sizinle konuşup görüşlerinizi almak istiyorum. Bu görüşmede amacım, toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olan faktörler, yürütülen hizmetler ve geliştirilmesi gereken kısımların bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle belirlenmesidir. Sizlerin görüşleriyle elde edilen bulgular toplum sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması yönelik yerel yönetimler tarafından model geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kimlik bilgileriniz araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmayacak ve tüm süreçte gizli tutulacaktır. Araştırma raporunda ise isimleriniz belirtilmeden takma bir ad/NUMARA aracılığı ile sunulacaktır.

Görüşme esnasında size sorular yönlendireceğim. Siz de cevaplayacaksınız. Cevaplamak istemediğiniz sorularda cevap vermeme ve istediğiniz zaman görüşmeyi sonlandırma hakkınız var. Bu görüşmemizin süresi vereceğiniz cevaplara göre değişecek olup, ortalama 1 saat süreceğini öngörüyorum. Son olarak; araştırmanın yöntemi gereği söylediklerinizi kaçırmamak için görüşmeyi kayıt altına almamız için izin veriyor musunuz?

Kayıt başlamadan önce sormak istediğiniz bir şey var mı?

1. Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Mesleğiniz, yaşınız, eğitiminiz, yerel yönetimdeki göreviniz, seçilme yılınız vb.)
2. Yerel yönetim görevini üstlendiğiniz bölgeyi kısaca tanıtır mısınız? (bölgenin çevresel ve ekonomik özellikleri, fiziksel ve iklimsel özellikleri, ulaşım, etnik gruplar, kazalar ve güvenlik, suç oranı hizmet sistemi vb.)
3. Bölgenizde sunulan toplum sağlığı hizmetleri nelerdir?
4. Bölgenizde yaşayan toplumun sağlığını etkileyen faktörler nelerdir?
5. Bölgenizde sunulan toplum sağlığı hizmetlerinden en çok kimler yararlanmaktadır?
6. Sizce sunulan hizmetler toplum sağlığı gereksinimlerini karşılamada etkili midir?
7. Bölgenizde yaşayan toplumun gereksinimi olan ancak verilemeyen hizmetler nelerdir?
8. Sizce bölge halkının sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında toplum sağlığı hizmetlerinin uygulanması, planlanması, düzenlemesi ve geliştirilmesinden hangi kurum/kurumlar sorumlu olmalıdır?
9. Sizce bölgenizde toplum sağlığı gereksinimlerini karşılamak veya toplum sağlığını geliştirmek için yerel yönetimler başka ne yapabilir? Mevcut hizmetler nasıl geliştirilebilir?
10. Eklemek istediğiniz görüş ve önerileriniz var mıdır?

**EK10**

# Gündüz Bakım Merkezi Tanılama Formu

| | | | |
|---|---|---|---|
| Üye Kayıt No: | | | |
| Kişisel Bilgiler | | İletişim Bilgileri | |
| İsim-Soyisim: | | Telefon: | |
| Kimlik Kartı No: | | Yakınına Ait Telefon: | |
| Doğum Tarihi: | | | |
| Eğitim Durumu: | | Kadınlarda Menapoz Yaşı: | |
| Cinsiyet: | | Adres: | |
| Medeni Durumu: | | | |
| Çocuk Sayısı: | | | |
| Mesleği: | | | |
| Sosyal Güvencesi: | | | |
| Yardımcı Araç Kullanımı: | Gözlük: | İşitme Cihazı: | |
| | Baston,Yürüteç, Tekerlekli Sandalye Vs. | | |
| Sağlık Bilgileri | | | |
| Tanısı Konmuş Kronik Hastalıklar | | Tanısı Konmuş Ruhsal Bozukluklar | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Tanısı Konmuş Nörolojik Hastalıklar | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| İlaç Allerjisi Varmı? Varsa İsmi | | | |
| Erken Tanı Konusunda Yapılan Girişimler | Mamografi: | Kemik Taraması: | Kan Tahlilleri: |
| Alışkanlıkları | Sigara: | Alkol: | Diğer: |
| Diğer Sağlık Durumları | | | |
| Boşaltım | Bez ve Üratral Sonda Kullanımı: | | |
| Sindirim | Protez Var mı? | | |
| | Yemek yeme: Bağımlı: Bağımsız: | Enteral beslenme durumu: | Özel Diyet Uygulaması Varmı? |
| Hareket: | Düşme Deneyimi: | | Nedeni: |
| | Hareketini Engelleyen Durum: | | |
| | Egzersiz: | | |
| Kendi İşlerini Yapma Kapasitesi: | Yemek Yapma: Bağımlı: Bağımsız: | Alışveriş Yapma: Bağımlı: Bağımsız: | Telefon Kullanımı: Bağımlı: Bağımsız: |
| | Araç Kullanma: Bağımlı: Bağımsız: | Giyinme: Bağımlı: Bağımsız: | Kişisel Hijyen: Bağımlı: Bağımsız: |
| | Ev Temizliği: Bağımlı: Bağımsız: | Para Yönetimi: Bağımlı: Bağımsız: | |
| | | | |
| Uyku Düzeni: | Uyku Problemi Varmı? | | |




# Gündüz Bakım Merkezi
# Yaşlı Birey Tanılama Formu

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Bakıcı Bilgileri:** | | | |
| **Bakıcısı var mı?** | | **Bakıcının eğitim durumu:** | |
| **Daha önce aldığı eğitimler:** | | | |
| **Psikososyal Yönden Değerlendirme** | | | |
| **Kaldığı Ev Kime Ait:** | **Kendisi:** | **Çocukları:** | **Diğer:** |
| **Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler:** | **Eşi:** | **Çocukları:** | **Diğer:** |
| **Yaşamak İstediği Yer:** | | | |
| **Katıldığı Sosyal Aktivite ve Hobiler:** | | | |
| **Komşuları ve Yakınları İle İletişim Durumu:** | | | |
| **Çocukları Ne Sıklıkta Ziyaret Eder:** | | | |
| **Yaşlılıkla İlgili Düşünceleri:** | | | |
| **Kendinizden memnun musunuz?** | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** |
| **Yaşamınızdan memnun musunuz?** | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** |
| **Zihinsel açıdan kendinizi zinde hissediyor musunuz?** | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** |
| **Genellikle kendimi mutlu hissediyorum** | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** |
| **Genellikle kendimi mutsuz hissediyorum** | **Evet** | **Kısmen** | **Hayır** |

**Evde Sağlık Hizmet İhtiyacının Tanımlanması ve Değerlendirme**

□ **Hemşire:**

**Nedeni:**.....

□ **Fizyoterapist:**

**Nedeni:**.....

□ **Diyetisyen:**

**Nedeni:**.....

□ **Psikolog:**

**Nedeni:**.....

**Bakım ve Destek İhtiyacı**

□ **Tıbbi bakım**
□ **Sosyal hizmet, destek ve yardım**
□ **Bakım ve destek ihtiyacı yok:**.....

| | |
|---|---|
| **Değerlendirme Komitesi**<br>**Adı Soyadı:**<br>**İmza:**<br>**Tarih:** **Saat:** | **Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını**<br>**Adı Soyadı:**<br>**İmza:**<br>**Tarih:** **Saat:** |

**EK 11**

## Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Hizmeti
## Hemşire Bakım ve Takip Formu

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Yaşlı Bireyin Adı Soyadı:** | | **Tarih:___/... ./... Saat:... ....** | |
| **Hastanın tanısı:** | | | |
| **Hemşirenin Ziyaret Sırasındaki Gözlemi:** | | | |
| | | | |
| **Yaşamsal Bulgular** | | | |
| **Vücut Sıcaklığı(°C)** | **Kanbasıncı (mmHg)** | **Nabız** | **Solunum** |
| | | | |
| **Hemşirelik Girişimleri ve Uygulamalar:** | | | |
| | | | |
| **Ağrı değerlendirmesi** | | | |
| **Ağrının yeri ve başlama saati:** | **Ağrının sıklığı:** ☐ **Sürekli** ☐ **Aralıklı** | | **Ağrının tipi:** |
| **Ağrının nedeni:** | **Ağrıyı etkileyen faktörler:** | | |
| | | | |
| **Değerlendirme ve ağrı için yapılan uygulama bilgileri:** | | | |
| | | | |
| **Hasta ve ailesine verilen bilgiler:** | | | |
| | | | |
| **Bir sonraki takipte değerlendirilecek çıktılar:** | | | |
| | | | |
| **Bir sonraki randevu tarihi:** | | | |

**Değerlendirme Esnasında Refakat Eden Yakını**
**Adı Soyadı :**
**İmza :**
**TarihveSaat:**

**Değerlendirmeyi Yapan Hemşire**
**Adı Soyadı :**
**İmza :**
**Tarih ve Saat:**

**EK 12**

| EVDE SAĞLIK BAKIMI VE SOSYAL DESTEK HİZMETİ<br>EĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Tamamen bağımlıyım** | **Oldukça bağımlıyım** | **Kısmen bağımlıyım** | **Çok az bağımlıyım** | **Bağımlı değilim** |
| **Beslenme** Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede | | | | | |
| **Kontinans** İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede | | | | | |
| **Beden Duruşu** Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede | | | | | |
| **Hareketlilik** Hareket edebilmede | | | | | |
| **Gündüz/ Gece Döngüsü** Uykuya gitme ve sürdürebilmede | | | | | |
| **Giyinme ve Soyunma** Giyinebilme ve soyunabilmede | | | | | |
| **Vücut Sıcaklığı** Ortam koşullarına göre vücut ısısını koruyabilmede | | | | | |
| **Vücut Temizliği** Vücut temizliğini yapabilmede | | | | | |
| **Tehlikelerden Kaçınma** Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede | | | | | |
| **İletişim** Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede | | | | | |
| **Başkaları ile ilişki kurma** Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede | | | | | |
| **İbadet yapma** İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede | | | | | |
| **Kurallara uyma** Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede | | | | | |
| **Günlük aktiviteler** Günlük aktivitelerini sıralayabilmede | | | | | |
| **Eğlence aktiviteleri** Sosyal aktivitelere katılabilmede | | | | | |
| **Bellek/ hafıza** Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada | | | | | |
| **Öğrenme yeteneği** Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada | | | | | |

# Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Destek Hizmeti
# İtaki Düşme Riski Ölçeği Formu

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tarih:** | | | | | | | | | | | |
| **Hastanin Adi Soyadi:** | | Yaşı : | | | | | | | | | |
| **Cinsiyeti** | | Risk Değerlendirme Tarihi: | | | | | | | | | |
| **Değerlendirme Gerekçesi Ve Numarası** | İlk Değerlendirme | 2 | Post-op Dönem | 3 | Hasta Düşmesi | 4 | Bölüm Değişikliği | 5 | Durum Değişikliği | | |
| **PARAMETRELER** | **RİSK FAKTÖRLERİ** | **PUAN** | **İLK DEĞERLENDİRME** | **YENİDENDEGERLENDİRME (TARİH VE GEREKÇE NUMARASI)** | | | | | | | |
| | | | …../…./…. ( ) | …../…./…. ( ) | …../…./…. ( ) | …../…./…. ( ) | …../…./…. ( ) | …../…./…. ( ) | | | |
| **YAŞ** | 60-69 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| | 70-79 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| | 80 ve Üstü | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | |
| **BİLİNÇ DURUMU** | Bilinci Kapalı | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| | Bilinç bozukluğu var(Konfüze,Laterjik vb.) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| **DÜŞME ÖYKÜSÜ** | Son 6 ay İçerisinde Düşme Öyküsü var | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | |
| **HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER** (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar) | Hastalıklardan en fazla 2 si bulunmaktadır. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| | Hastalıklardan en fazla 3ve daha fazlası bulunmaktadır. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| **HAREKET KABİLİYETİ** | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | | | |
| | Ayakta/yürürken denge bozukluğu var | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | | | | |
| | Baş dönmesi var | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| **BOŞALTIM İHTİYACI** | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| **GÖRME DURUMU** | Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| | İleri derecede görme engeli var | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | | | | |
| **İLAÇ KULLANIMI** | 4'den fazla ilaç kullanımı var | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| **(Psikotroplar Narkotikler Benzodiazepinler** | Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| **NöroleptiklerAntikoagülanlarNarkotik AnaljeziklerDiüretikler/Laksatifler AntidiayebetiklerSantral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.)Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar** | Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | |
| **EKİPMAN KULLANIMI** (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn:IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.) | Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| | **TOPLAM** | | | | | | | | | | |
| **RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU** | | | | | | | | | | | |
| Düşük Risk | 0-9 Puan Arasında | | | | | | | | | | |
| Yüksek Risk | 10 Puan Üzerinde | | | | | | | | | | |
| | **Değerlendirmeyi yapan Hemşire Adı-Soyadı: İmza** | | | | | | | | | | |

**NOT:**
* Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.
* İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.
* Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Risk Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.

## EK 14

**EVDE SAĞLIK BAKIMI VE SOSYAL DESTEK HİZMETİ**
**MİNİ NUTRİSYONEL TEST**
**FORMU**

Hasta Adı-Soyadı: Yaş: Cinsiyet:
Ağırlık ( Kg): Boy( Cm): İlk Değerlendirme Tarihi:...../...../.....

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak, yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın.

**TARAMA**

**A.** Son Üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?
□ 0=besin alımında şiddetli düşüş
□ 1=besin alımında orta derece düşüş
□ 2=besin alımında düşüş yok

**B.** Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu
□ 0=3 kg'dan fazla kilo kaybı
□ 1=Bilinmiyor
□ 2= 1-3 kg arasında kilo kaybı
□ 3= Kilo kaybı yok

**C.** Hareketlilik
□ 0=Yatak veya sandalyeye bağımlı
□ 1=Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor
□ 2= Evden dışarı çıkabiliyor

**D.** Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu? □ 0=Evet □ 2=Hayır

**E.** Nöropsikolojik problemler
□ 0=Ciddi bunama veya depresyon
□ 1=Hafif düzeyde bunama
□ 2=Hiçbir psikolojik problem yok

**F.** Vücut Kitle İndeksi (VKİ)= ( Vücut ağırlığı-kg) / ( Boy'un metre)²
□ 0=VKİ 19'dan az (19 dahil değil)
□ 1=VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil)
□ 2= VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil)
□ 3= VKİ 23 ve üzeri

**Tarama Puanı** ( Tamamı en çok 14 puan):

**12-14 puan : Normal nutrisyonel durum**
**8-11 puan :Malnütrisyon riski altında**
**0-7 puan :Malnütrisyonlu**

**Dikkat:Eğer Tarama Puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı 'nı elde etmek için değerlendirme bölümüne devam edin !!!!**

**DEĞERLENDİRME**

**G.** Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil)
□ 1=Evet □ 0=Hayır

**H.** Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma
□ 0=Evet □ 1=Hayır

**I.** Bası yarası veya deri ülseri var
□ 0=Evet □ 1=Hayır

**J.** Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor?
□ 0=1 öğün □ 1=2 öğün □ 2=3 öğün

**K.** Protein alımı için seçilen besinler
* Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt ) Evet □ Hayır □
* Haftada iki veya daha fazla porsiyon Kurubaklagil veya yumurta tüketiyor Evet □ Hayır □
*Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet □ Hayır □
0.0=Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise
0.5=Eğer evet sayısı 2 ise
1.0=Eğer evet sayısı 3 ise

**L.** Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor.
□ 0= Hayır □ 1= Evet

**M.** Her gün kaç bardak sıvı ( su,meyve suyu,kahve,çay, süt vb.)tüketiyor?
0.0=3 bardaktan az
0.5=3-5 bardak
1.0=5 bardaktan fazla

**N.** Yemek yeme şekli nasıl?
□ 0=Yardımsız yemek yiyemiyor
□ 1=Güçlükle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor
□ 2=Sorunsuz bir şekilde kendi kendine yiyor

**O.** Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi
□ 0=Kötü beslendiğini düşünüyor
□ 1=Kararsız
□ 2=Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor

**P.** Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?
0.0=İyi değil 1.0=İyi
0.5=Bilmiyor 2.0=Çok iyi

**Q.** Kol Çevresi (cm
0.0=21cm'den az 0.5=21cm-22 cm 1.0=22cm veya daha fazla

**R.** Baldır Çevresi(cm) 0=31'den az 1=31 veya daha fazla

**Değerlendirme Puanı** (En Fazla 16 Puan) :
**NOT: Her aylık ziyarette nutrisyonel değerlendirme tekrar yapılır.**

Değerlendirme Puanı :
Tarama Puanı :
**Toplam Puan ( en fazla 30 puan ) :**

**Malnutrisyon Gösterge Puanı**
**24-30 puan arası □ Normal nutrisyonel durum**
**17-23,5 puan arası □ Malnütrisyon riski altında**
**17 puandan aşağı □ Malnütrisyonlu**

| Tarih | Tarama puanı | Değerlendirme puanı | Tarih | Tarama puanı | Değerlendirme Puanı |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

## EK 15

**EVDE SAĞLIK BAKIMI VE SOSYAL DESTEK HİZMETİ**

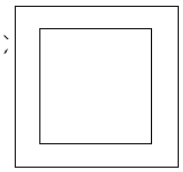
**STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST**

**FORMU**

**Adı Soyadı:** **Tarih:…./…./…….**

| **ORYANTASYON (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)** |
|---|
| Puanı |
| 1- Hangi yıl içerisindeyiz? |
| 2- Hangi mevsimdeyiz? |
| 3- Hangi aydayız? |
| 4- Bu gün ayın kaçı? |
| 5- Hangi gündeyiz? |
| 6- Hangi ülkede yaşıyoruz? |
| 7- Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? |
| 8- Şu an bulunduğunuz semt neresidir? |
| 9- Şu an bulunduğunuz bina neresidir? |
| 10- Şu an bu binada kaçıncı kattasınız? |
| **KAYIT HAFIZASI (toplam puan 3)** |
| • Size birazdan söyleyeceğim 3 ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. MAVİ, ŞAHİN, LALE (20 sn. süre tanınır.) (her doğru isim 1 puan) |
| **DİKKAT ve HESAP YAPMA (toplam puan 5)** |
| • 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72, 65) |
| **HATIRLAMA (toplam puan 3)** |
| • Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri tekrar söyleyin (MAVİ, ŞAHİN, LALE) (her kelime 1 puan) |
| **LİSAN (toplam puan 9)** |
| • Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 1'er puan, toplam 2 puan (20 sn süre ver) |
| • Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "O gelmiş olsaydı ben de giderdim" (10 sn süre ver,1 puan) |
| • Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen." Her doğru işlem bir puan, toplam 3 puan, 30 sn |
| • Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın (1 puan)<br>- Bir kağıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN." Yazıp hastaya gösterin |
| • Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümle yazın (1 puan) |
| • Aşağıdaki şeklin aynisini arka sayfaya çizin. (1 puan) |

Toplam puan (0-30):_____



## EK 16

### EVDE SAĞLIK BAKIMI VE SOSYAL DESTEK HİZMETİ
### GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ FORMU

**Adı Soyadı:** **Tarih:** ..../..../.....

Aşağıdaki soruları son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek cevaplayınız.

| | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| 1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz? | ☐ | ☐ |
| 2. Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı? | ☐ | ☐ |
| 3. Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz? | ☐ | ☐ |
| 4. Sıklıkla canınız sıkkın mıdır? | ☐ | ☐ |
| 5. Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi? | ☐ | ☐ |
| 6. Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz? | ☐ | ☐ |
| 7. Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz? | ☐ | ☐ |
| 8. Sıklıkla çaresiz hisseder misiniz? | ☐ | ☐ |
| 9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz? | ☐ | ☐ |
| 10. Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı? | ☐ | ☐ |
| 11. Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi? | ☐ | ☐ |
| 12. Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz? | ☐ | ☐ |
| 13. Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi? | ☐ | ☐ |
| 14. Durumunuz size ümitsiz geliyor mu? | ☐ | ☐ |
| 15. Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz? | ☐ | ☐ |

**Toplam Puan (0-15):.....**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **0-4: Depresyon yok** | **5-8: Hafif depresyon** | **9-11: Orta düzey depresyon** | **12-15: Şiddetli depresyon** |

**EK 17**

GÜNDÜZ BAKIM MERKEZİ
KUAFÖR HİZMET FORMU

**KİŞİSEL BİLGİLER:**

İsim-Soyisim: Doğum Tarihi: Kimlik Kartı No:

Telefon: Cinsiyet: Köy/Adres:

**İHTİYAÇ DUYULAN HİZMET:**

| BOYA | SAÇ KESİMİ | KAŞ/BIYIK/YÜZ AĞDA | SAÇ/SAKAL TRAŞI |
|---|---|---|---|
| | | | |

**BİREYİN GENEL DURUMU:**

**HİZMETE ULAŞMA DURUMU:**

| | |
|---|---|
| GÜNDÜZ BAKIM MERKEZİ | |
| KENDİ EVİNDE HİZMET | |

**EK 18**

| EVDE SAĞLIK BAKIMI VE SOSYAL DESTEK HİZMETİ<br>MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME FORMU | | |
|---|---|---|
| | **Evet** | **Hayır** |
| Sağlık çalışanları ihtiyaçlarımı dikkate aldılar ve ilgilendiler. | | |
| Sağlık çalışanları uygulama basamakları hakkında bana bilgi verdiler. | | |
| Sağlık çalışanları uygulamaları bana anlatarak yaptılar. | | |
| Yapılan açıklamalar beni rahatlattı ve hastalığımla ilgili korkularımla başa çıkmamada bana yardımcı oldu. | | |
| Sağlık çalışanlarının ihtiyacım olduğu zaman bana destek olacaklarından eminim. | | |
| Sağlık çalışanları hastalığımla ilgili soru sormama izin verdiler ve beni dinlediler. | | |
| Hastalığımla ilgili sorunların birçoğu sağlık çalışanlarının gayreti ile önlendi. | | |
| Sağlık çalışanları evde uygulanacak yöntemlerle ilgili bana bilgi verdi. | | |
| Sağlık çalışanları randevu saatlerine her zaman uydu. | | |
| Sağlık çalışanlarının ilgi ve desteğinden memnun kaldım. | | |

# İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TOPLUMUN SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA YEREL YÖNETİMLERİN KATKISINA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

| %16 | %15 | %6 | %7 |
|---|---|---|---|
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)<br>Öğrenci Ödevi | %3 |
| 2 | acikbilim.yok.gov.tr<br>İnternet Kaynağı | %3 |
| 3 | apps.who.int<br>İnternet Kaynağı | %2 |
| 4 | dergipark.org.tr<br>İnternet Kaynağı | %1 |
| 5 | www.saglikbakanligi.com<br>İnternet Kaynağı | %1 |
| 6 | acikerisim.ybu.edu.tr:8080<br>İnternet Kaynağı | <%1 |
| 7 | www.researchgate.net<br>İnternet Kaynağı | <%1 |
| 8 | Submitted to Beykent Universitesi<br>Öğrenci Ödevi | <%1 |

# ETİK KURUL İZİN YAZISI

**Uyarı:** Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☐ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Adı SOYADI
(İmza)

# KURUM İZNİ YAZILARI

**Uyarı:** Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☐ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Adı SOYADI
(İmza)

# ÖZGEÇMİŞ