

HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMALARI DERGİSİ

www.hasaud.com

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Sağlıklı Hayat Merkezlerinin GZFT Analizi ile Değerlendirilmesi

Evaluation of Healthy Life Centers Through SWOT Analysis

Kezban YAVUZ EMİK¹, Mehmet Akif SEZEROL²¹T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, ORCID: 0000-0002-6233-4634²Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0001-6744-1343

ÖZET

Amaç: Bu makale, Sağlıklı Hayat Merkezlerinin (SHM) birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetlerindeki yerini Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler (GZFT) Analizi ile incelemeyi amaçlamaktadır. SHM'lerin güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri ortaya konulmaktadır.

Yöntem: Çalışma, SHM'lere ilişkin mevzuat, ulusal rehberler, politika belgeleri ve güncel literatüre dayalı kavramsal bir değerlendirme sunmaktadır. Literatür taraması, özellikle 2010 sonrası yayımlanmış çalışmaları kapsamaktadır. Bulgular, iç çevreyi tanımlayan güçlü ve zayıf yönler ile dış çevreyi tanımlayan fırsatlar ve tehditler başlıkları altında yapılandırılmaktadır.

Bulgular: Güçlü yönler arasında bütüncül hizmet sunumu, önleyici yaklaşım ve erken tanı, toplum temelli çalışma, birey merkezli ve katılımcı danışmanlık ile dezavantajlı gruplara erişimi artıran ücretsiz ve mahalle ölçekli yapı yer almaktadır. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ya da İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) ile iş birliği, hizmet sürekliliğini ve kurumlar arası koordinasyonu güçlendirmektedir. Zayıf yönler, SHM bilinirliğinin düşüklüğünü, insan gücü ve branş dağılımındaki dengesizlikleri, görev tanımı belirsizliklerini, zaman baskısını, hizmet içi eğitimde süreksizliği, fiziksel ve teknolojik altyapı eksikliklerini, veri izleme ve kalite göstergelerindeki yayıllığı ve basamaklar arası entegrasyon sorunlarını içermektedir. Fırsatlar, koruyucu sağlık ve kronik hastalık politikalarının güçlenmesini, sağlıklı yaşam ve sürdürülebilir beslenmeye ilginin artmasını, yerel yönetimler ve paydaşlarla iş birliği olanaklarını, dijital sağlık teknolojileri ve sosyal medyanın kullanımını kapsamaktadır. Tehditler arasında koruyucu hizmetlerin bütçe ve politika kararlarında geri planda kalması, finansal belirsizlikler, sağlık insan gücünün dengesiz dağılımı, nicelik odaklı performans ölçümü, afet ve acil durumlara hazırlıktaki yetersizlik ve veri güvenliği riskleri bulunmaktadır.

Sonuç: Bulgular, SHM'lerin koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirmede önemli bir potansiyel taşıdığını göstermektedir. Bu potansiyelin tam kullanılabilmesi için insan gücü planlamasını, altyapıyı, mevzuat ve finansman yapısını, entegrasyon ve afet hazırlığını güçlendiren bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışma, politika yapıcılar ve uygulayıcılar için SHM'lere yönelik stratejik planlama süreçlerine katkı sağlayabilecek bir çerçeve sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Hayat Merkezi, GZFT Analizi, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Sağlığın Geliştirilmesi

ABSTRACT

Objective: This article aims to examine the role of Healthy Life Centers (HLCs) in primary preventive healthcare services using a Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) analysis. It presents the strengths and weaknesses, as well as the opportunities and threats, associated with HLCs.

Method: The study provides a conceptual evaluation based on legislation, national guidelines, policy documents, and current literature concerning HLCs. The literature review particularly covers studies published after 2010. Findings are structured under headings that define internal factors (strengths and weaknesses) and external factors (opportunities and threats).

Findings: Among the strengths are holistic service delivery, preventive approach and early diagnosis, community-based work, person-centered and participatory counseling, and a neighborhood-scale, free-of-charge structure that enhances access for disadvantaged groups. Collaboration with Family Health Centers (FHCs), Community Health Centers (CHCs), or District Health Directorates (DHDs) strengthens service continuity and inter-institutional coordination. Weaknesses include low public awareness of HLCs, imbalance in human resources and specialty distribution, unclear job descriptions, time pressure, inconsistency in in-service training, deficiencies in physical and technological infrastructure, weak data monitoring and quality indicators, and problems in inter-level integration. Opportunities encompass the strengthening of preventive and chronic disease health policies, increased public interest in healthy living and sustainable nutrition, opportunities for cooperation with local governments and stakeholders, and the use of digital health technologies and social media. Threats include the marginalization of preventive services in budget and policy decisions, financial uncertainties, uneven distribution of healthcare workforce, performance measurements focused on quantity over quality, inadequate preparedness for disasters and emergencies, and data security risks.

Conclusion: The findings indicate that HLCs hold significant potential in strengthening preventive healthcare services. To fully realize this potential, a holistic approach that reinforces human resource planning, infrastructure, legislation and financing structures, integration, and disaster preparedness is required. The study provides a framework that may contribute to strategic planning processes for policymakers and practitioners regarding HLCs.

Geliş tarihi: 17.12.2025; Kabul tarihi: 05.01.2025

© Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi, HASUDER tarafından yayınlanmaktadır. Telif Hakları HASUDER'e aittir.

Sorumlu Yazar: Kezban Yavuz Emik, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü,
E-posta: dr.kezbanyvz@gmail.com

GİRİŞ

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların oluşmasını engellemek, toplumun sağlık düzeyini daha iyi seviyeye çıkarmak ve sağlık sisteminde oluşan yükü azaltmak için çok önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerinde “İnsan Merkezli Sağlık” (People Centered Health) anlayışını benimseyerek birey odaklı, bireyin sürece dahil olduğu, önleyici, sürekli hizmet yaklaşımını önermektedir (1). Bu yaklaşıma paralel, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek amacıyla uygulamaya konulan Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), İl/İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren bir yapıdır. Uygulama, 2012 yılında “Sağlıklı Yaşam Merkezleri” olarak başlatılmış; 2016’da “Halk Sağlığı Merkezleri” kapsamında yürütülmüş, 2017’den itibaren “Sağlıklı Hayat Merkezleri” adıyla ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır (2).

Ülke genelinde 2025 yılı itibarıyla, coğrafi erişim ve dezavantajlı bölgeler öncelik verilerek her 50.000 kişiye bir SHM hedefiyle planlama yapılmış; ancak bu hedef doğrultusunda 308 merkez faaliyete geçmiştir. SHM’lerde hekim ve diş hekimi ile birlikte diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci, hemşire, ebe gibi sağlık profesyonelleri birlikte multidisipliner bir ekip olarak çalışmaktadır. Bu yapı ile sağlam bireylere dönük koruyucu programlar, riskli gruplarında danışmanlık ve riski azaltma müdahaleleri, gerektiğinde yönlendirme ve izlem süreçleri hepsi birlikte verilebilmektedir. Esnek bir yapıya sahip olup fiziki yapısı ve hizmet ihtiyacına göre kimi merkezde geniş eğitim, danışmanlık alanları ve zengin ekip; kimi merkezde ise daha kompakt olmak üzere A, B ve C tipi olarak sınıflanmaktadır (3-5).

SHM’lerde verilen başlıca hizmetler arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleriyle mücadele, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite danışmanlığı, kronik hastalıklar ve yaşlı sağlığı hizmetleri, koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı, psikososyal destek danışmanlığı, çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı, tütün ve madde bağımlılığı danışmanlığı, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri, kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı, okul sağlığı hizmetleri, enfeksiyon kontrol hizmetleri, görüntüleme hizmetleri yer almaktadır. Toplumun her kesimine olan tüm bu hizmetler ücretsizdir. Bu merkezlerin temel amaçları bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerini azaltmak, davranışsal riskleri (tütün, kötü beslenme, fiziksel inaktivite) azaltmaya yönelik müdahaleleri yaygınlaştırmak, bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırmak ve sağlık danışmanlığı hizmetlerini sunmaktır (5).

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı’nın “Hastalığa değil, sağlığa yatırım yapmak” anlayışıyla hizmet vermekte olan Sağlıklı Hayat Merkezlerinin sağlık hizmetleri için taşıdığı avantaj ve dezavantajlarını, sağlık hizmetleri için oluşturacağı olası tehditler ve fırsatları GZFT analizi bağlamında değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Çalışma, SHM’lere ilişkin mevzuat, ulusal rehberler, politika belgelerine dayalı GZFT analizi ve güncel literatüre dayalı kavramsal bir değerlendirme sunmaktadır. Literatür taraması, özellikle 2010 sonrası yayımlanmış çalışmaları kapsamaktadır. GZFT analizi, bir örgütün bugün nerede durduğunu ve yarın nereye gidebileceğini anlamak için kullanılan taktiksel bir yönetim aracı ve karar alma süreçlerine yardımcı olan bir çerçevedir. Güçlü ve zayıf yönleri görünür kılar, fırsat ve tehditleri sistematik biçimde masaya yatırır. Ekonomik konjonktür, rekabet dinamikleri, düzenleyici ortam ve teknolojik dönüşüm gibi dış etkenleri dikkate alırken; kurumun görevleri, kapasitesi, iş gücü, süreçleri ve teknoloji olanakları gibi iç dinamikleri de değerlendirir. Böylece organizasyonların mevcut durumunu görmelerine, doğru kararlar almalarına ve geleceğe yönelik plan yapmalarına yardımcı olur. GZFT analizinin amacı, güçlü yönlerin geliştirilmesini, zayıf yönlerin düzeltilmesi için harekete geçilmesini, fırsatların değerlendirilmesini ve tehditlere karşı koruyucu ya da azaltıcı tedbir alınmasını sağlamaktır (6).

BULGULAR ve TARTIŞMA

Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Güçlü Yönleri

Bütüncül hizmet yaklaşımı:

Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini birlikte ele alan multidisipliner hizmet sunmaktadır. Örneğin, aile hekiminden yönlendirilerek ya da kendi başvurusuyla SHM’ye gelen diyabetli bir kişiye diyetisyen beslenme eğitimi verir, bireyselleştirilmiş diyet planı düzenler; fizyoterapist işlevsel kapasiteye göre egzersiz planı oluşturur. Kişinin kan şekeri kontrolünü bozduğu saptanan stres durumunda psikoloğa yönlendirilerek stresle baş etme stratejileri geliştirilir. Eğer ilaçlara erişimde güçlük yaşıyorsa, sosyal çalışmacı uygun destek mekanizmalarını araştırır ve gerekli yönlendirmeleri yapar. Bütüncül hizmet yaklaşımına başka bir örnek vermek gerekirse; dikkat dağınıklığı, öfke nöbetleri ve akademik gerilik ile yönlendirilen bir çocukta psikolog duygusal durumu değerlendirir; sosyal çalışmacı aile görüşmeleriyle ekonomik zorluk ve ebeveyn ruhsal durumu gibi riskleri

belirler; çocuk gelişimci gelişimsel testlerle gelişimini değerlendirir ve ebeveynlere bilinçlendirme eğitimiyle çocuğa özgü rehberlik planı hazırlar. Yine sigara bırakma danışma polikliniğine başvuran kişinin hekim tarafından nikotin bağımlılığı düzeyi değerlendirilerek farmakolojik tedavi başlatılır; psikolog motivasyonel görüşmeler yapar; sosyal çalışmacı aile içi stres ve sosyal destek ağlarını güçlendirecek yönlendirmeler yapar; hemşire tedaviye uyumu izler ve her ziyarette karbon monoksit ölçümü gerçekleştirir (5, 7, 8).

Entegre sağlık hizmeti:

Birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre çalışan SHM'ler, farklı sağlık kollarını aynı çatı altında birleştirerek kapsamlı bir sağlık hizmeti sunar. SHM, ASM, TSM koordinasyonu; bireyin doğru hizmete yönlendirilmesini, randevu ve izlem süreçlerinin kolaylaştırılmasını ve hizmet çeşitliliğinin artırılmasını olanak sağlar (5). Örneğin, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimlerinin SHM bünyesine dahil edilmesiyle, aile hekimlerince riskli olarak belirlenen bireylerin KETEM birimlerine yönlendirilerek tarama ve erken tanı süreçlerini güçlendirir.

Altyapı ve İnsan Kaynaklarının Çeşitliliği:

SHM'lerde diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı gibi farklı meslek profesyonellerinin bir arada çalışması, tek merkezden çoklu hizmet verilmesini mümkün kılar. Böylece koruyucu programlardan risk azaltmaya, danışmanlıktan uygun seve kadar uzanan geniş bir hizmet yelpazesini maliyet etkin biçimde yürütmeye ve kurumsal kaynakların yerel ihtiyaçlara göre kullanılmasına olanak tanır. Böylece farklı alanlarda erken müdahale, izlem ve rehberlik süreçleri güçlenir. Bu da SHM'lerin sağlık hizmetinde bütüncül, kapsamlı ve etkili hizmet sunmasını kolaylaştırır (5).

Önleyici odaklılık ve erken tanı:

SHM'ler ile hastalıklar ortaya çıkmadan risk faktörlerini azaltmayı, erken tanı ve tarama faaliyetleri ile sağlık sorunlarını zamanında saptamayı hedefler. Kronik hastalıklar, kanser taramaları, obezite, tütün kullanımı, fiziksel inaktivite gibi bulaşıcı olmayan risk faktörlerine karşı erken müdahale ve risk taramaları yürütülmektedir. Erken müdahale ve yaşam tarzı değişikliği desteği ile hastalıkların ilerlemesini yavaşlatır ve kronik hastalıkların komplikasyon yükünü azaltır. Bu da bireylerin yaşam kalitesini artırırken, uzun vadede sağlık sistemleri üzerindeki mali yükü azaltır (5, 8).

Toplum temelli yaklaşım:

SHM, sadece merkezde hizmet veren bir yapı değil; okullar, gençlik merkezleri, Kur'an kursları, ev ziyaretleri gibi sahaya dayalı faaliyetlerle toplum içinde aktif bir birimdir. Bu yaklaşım sayesinde toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bireylerin kendi sağlığını yönetme kapasitesi artırılmaktadır (5, 8).

Birey merkezli hizmet:

SHM'de verilen hizmetler, bireyin yaşına, sağlığına, sosyoekonomik durumuna; özetle ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Bireye özgü hizmetler verilerek ihtiyaca duyarlı, etkin sağlık hizmeti sunulur (5, 8). Örneğin, kişinin yaşına, sağlık durumuna ve sosyoekonomik koşullarına göre özelleştirilmiş beslenme ve egzersiz planları hazırlanır. Bu yaklaşım, hizmetin bireyin ihtiyaçlarına göre şekillendiğini göstermektedir.

Katılımcı veya ortak olma:

Sağlıkla ilgili alınan kararlarda bireyin sürece dahil edilmesi, kişiyi hizmetin pasif alıcısından çıkarıp sürecin etkin ortağı haline getirir. Bu anlayış, danışmanlık süreçlerinde bireyin bilgilendirilmiş onamlarının alınması, seçeneklerin birlikte gözden geçirilmesi ve ortak karara bağlanması ile somutlaşır (5, 8). Örneğin, fiziksel aktivite danışmanlığında hedefler bireyin yaşam koşullarına göre birlikte belirlenir; sigara bırakma danışmanlığında gönüllülük esası ile bireye özgü hedefler ve aşamalar planlanır; üreme sağlığı danışmanlığında ise doğurganlık süreci boyunca bilgi, planlama ve izlem adımları birlikte tasarlanır. Yine okullarda çocuk ve ergenlere yönelik verilen sağlık okuryazarlığı eğitimleri ile bireysel düzeyde başlayan bu katılımcı yaklaşımın toplum geneline yayılmasına ve dönüşüm etkisi yaratmasına katkı sağlar.

Kapsayıcı erişim:

SHM'ler, düşük gelirli, göçmen, engelli, yaşlı, gebe ve kronik hastalığı olanlar gibi dezavantajlı gruplara öncelik vererek toplumun her kesimine ulaşmayı hedeflemektedir. Ücretsiz hizmet önemli bir avantaj olmakla birlikte, mahalle ölçeğinde konumlanması; dil ve kültür engellerini azaltan danışmanlık, eğitim faaliyetleri, mobil hizmetler ve ziyaretleri erişimi kolaylaştırır (3, 9). Bu özellikler, SHM'yi sahada yaşayan, kolay ulaşılabilir ve tercih edilen bir birinci basamak hizmet noktası hâline getirir.

Hizmetlerin sürekliliği:

SHM'lerde aile sağlığı merkezi (ASM) ve toplum sağlığı merkezi (TSM) ile birlikte çalışılması, hizmetin sürekliliğini sağlar. Özellikle kronik risk faktörlerinin izleminde ASM, TSM, SHM koordinasyonu; riskin saptanması, danışmanlık ve yoğunlaştırılmış yaşam tarzı desteği, ardından hatırlatma, geri çağırma ve izlem döngülerinin düzenli yürütülmesini sağlar. Örneğin, obeziteyle mücadelede davranış değişikliğinin zamana yayılan bir süreç olduğu kabul edilir; bu nedenle SHM'lerde birey uzun vadeli izlenir, belirli aralıklarla geri çağırılır ve motivasyonel görüşmeler ile desteklenir (5, 8, 9).

Güven, saygı ve mahremiyet:

Güvene, saygıya ve mahremiyete dayalı hizmet sunumu, birey ile sağlık çalışanı arasında karşılıklı saygı temelli bir ilişki kurulmasını sağlar. İyi iletişim ve yeterli bilgilendirme, hastaların hizmet tercihinde

belirleyici bir etkidir (9). Özellikle psikolojik destek, kadın sağlığı ve sosyal hizmet müdahalelerinde mahremiyet, gönüllülük ve kültürel hassasiyet ilkeleri esastır. Bu nedenle psikososyal destek hizmetleri bireysel ve gizliliğe özen gösterilen görüşmelerle yürütülür; doğurganlık çağındaki kadınlara sunulan üreme sağlığı danışmanlığı, mahremiyetin korunduğu güvenli bir ortamda ilerler.

Kurumlar arası koordinasyon:

Kurumlar arası iş birliği sayesinde SHM, okuldan halk eğitim merkezlerine, gençlik merkezlerinden Kur'an kurslarına uzanan geniş bir yelpazede toplum eğitimlerinin etkin bir paydaşı hâline gelir. Eğitim ve koordinasyon mekanizmaları, hem topluma ulaşımı kolaylaştırır hem de davranış değişikliği için elverişli ortam yaratır. Okullarda yürütülen çalışmalar bunun somut bir örneğidir. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ile İlgili Eylem Planı doğrultusunda öğretmen, öğrenci, ailelere ve tüm okul çalışanlarına sağlıklı beslenme ile fiziksel aktivite alışkanlıklarını destekleyen eğitim çalışmaları sürdürülmektedir (10). Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıklı Türkiye Yüzyılı programı kapsamında geliştirilen "Sağlıklı Hayat Akademisi" ile standartlaştırılmış eğitim modülleri; psikolog, fizyoterapist ve diyetisyenler tarafından düzenli grup eğitimleri şeklinde uygulanarak, özellikle kronik hastalıklarda kalıcı davranış değişikliği hedeflenir (11). Bu güçlü yönler, SHM'lerin koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirmesine, yaygınlaştırılmasına ve toplumun yaşam kalitesinin iyileştirilmesine, desteklemesine katkı sağlamaktadır.

Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Zayıf Yönleri

Bilinirlik:

SHM'ler, sağlık sistemine entegre çalışsa da varlığı ve sunduğu hizmetler konusunda toplumda farkındalık ilden ile değişmekle birlikte genel olarak düşüktür. Bu durum, hedef kitleye ulaşımı kısıtlayarak hizmetlerin etkin kullanımını sınırlar (12, 13). Ayrıca, kurumsal düzeyde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin sınırlı kalması ve toplumla etkileşimi artıracak kampanya ile etkinliklerin düzenli ve sürdürülebilir olmaması, düşük bilinirliği pekiştirmektedir.

Personel ve Branş Dağılımı Eksiklikleri:

Bazı SHM'lerde psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci gibi branşlarda istihdamın sürekliliği sağlanamamaktadır. Personel sayısındaki bu dengesizlikler, hizmet sunumunun sürekliliğini, bütünlüğünü ve etkinliğini azaltmaktadır (13, 14). Ayrıca, bazı SHM'lerde başvuru sayısına oranla personel sayısı yetersizdir. Örneğin, tek bir diyetisyen, psikolog ya da fizyoterapist geniş bir nüfusa hizmet vermek zorunda kalmaktadır. Bu durum hem tükenmişlik riskini artırmakta hem de hizmet kalitesini düşürmektedir (14, 15).

Görev Tanımı Belirsizliği:

SHM'lerde görev yapan sağlık profesyonellerinin görev tanımlarının yeterince net olmaması, uygulamada yetki karmaşasına ve rol çatışmasına yol açmaktadır. Örneğin, bazı merkezlerde diyetisyen yalnızca kilo yönetimi danışmanlığı yürütürken, başka merkezlerde grup eğitimleri ve okul sağlığı gibi ek sorumluluklar üstlenmektedir; kimi zaman psikolog ve diyetisyen gibi meslekler, uzmanlıkları dışında idari veya farklı görevlerde görevlendirilebilmektedir. Bu belirsizlik, çalışan motivasyonunu düşürmekte, iş akışında aksamalara neden olmakta ve SHM'nin verimliliğini olumsuz etkilemektedir (7, 13, 16).

Zaman Baskısı:

SHM'lerde verilen danışmanlık süreci olarak iki evrede ilerler: ilk görüşme (daha uzun, değerlendirme, planlama ağırlıklı) ve kontrol görüşmesi (daha kısa, izlem, düzeltme odaklı). Görüşme süresi; tanı, mevcut sağlık durumu, eğitim düzeyi ve hatta danışanın değişime hazır oluşu gibi birçok etmene bağlı olarak değişkenlik gösterir (5). Ancak personel sayısının sınırlı olması ve danışan başvuru yoğunluğu, sağlık çalışanları üzerinde sürekli bir zaman baskısı yaratır; bireye ayrılabilen süre azaldıkça bireyleştirilmiş danışmanlığın derinliği kaçınılmaz şekilde azalır. Örneğin, Psikososyal Destek Danışmanlığında ortalama 30 dakika, beslenme ya da fiziksel aktivite danışmanlığında 20 dakika ayrılması öngörülse de yoğunluk ve idari yükler, danışanla kaliteli iletişimi azaltır; sonuçta ilişki kurma, ortak hedef belirleme ve geri bildirim döngüsü zarar görür.

Hizmet İçi Eğitim Eksikliği:

SHM hizmet birimlerinde, görevin gerektirdiği yetkinliklere sahip ve hizmetin gereklilikleri doğrultusunda eğitim görmüş personelin çalıştırılması esastır (5). Uygulamada, hizmet içi eğitimlerin düzenli, kapsamlı ve mesleki ihtiyaçlara göre planlanmaması mesleki gelişimde yetersizlikler ortaya çıkarmaktadır. Özellikle psikologlar için süpervizyon ihtiyacının karşılanmaması, kanıta dayalı müdahalelerin niteliğini sınırlandırarak verilen danışmanlık hizmetlerinin etkililiğini düşürür.

Fiziksel Altyapı ve Ekipman Sorunları:

Modern tıbbi cihazlar, temiz ve düzenli fiziksel ortam, SHM'lerin tercih edilmesini destekleyen önemli kriterlerdir. Bazı SHM binaları donanım, mekân kapasitesi veya konum açısından arzu edilen standartları karşılayamamaktadır. Örneğin, egzersiz alanı ve ekipman yokluğu, özellikle fizyoterapi ve grup eğitimlerinin kalitesini olumsuz yönde etkiler (9, 13). Bazı binaların eski oluşu ya da başka kurumlardan dönüştürülmüş yapılar içinde hizmet verilmesi, modern bakım standartlarını karşılamayı güçleştirir. Sağlık altyapısı güçlü olan bölgelerde, fiziksel kaynak kullanımına bağlı olarak daha iyi hizmet sunulabilmektedir; kırsal ve kentsel yoksul alanlarda

altyapı eksikliği, hizmet kullanımında da düşüşle ilişkili bulunmuştur. Kırsal ve kentsel yoksul bölgelerde altyapıdaki bu açıklar, hizmet kullanımında düşüş ve memnuniyet kaybı olarak geri döner. Ayrıca, bazı merkezlerde internet altyapısı zayıf olduğundan veri girişi gecikir; bu da verimliliği ve bilgi güvenliğini zedeler (17, 18). Laboratuvar düzenekleri, temel ölçüm cihazları (glukometre vb.) ve danışma, fiziksel aktivite alanları eksik olduğunda hizmet sunumu sınırlanır ve hastaların merkezlere olan güveni azalır (17).

Veri İzleme, Değerlendirme ve Kalite

Göstergelerinin Zayıflığı:

SHM'lerin performansı çoğunlukla "hizmet sayısı" (kaç danışmanlık yapıldı, kaç ölçüm alındı) üzerinden değerlendirilmektedir. Bakanlık tarafından verilerin elektronik sistemler aracılığıyla kaydedilmesi ısrarla teşvik edilmekte ve Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) gibi dijital platformlar aktif olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, HSYS'ye kayıt alınan birimlerde dahi, idari raporlama ve izleme amacıyla verilerin aylık özet tablolar hâlinde manuel olarak üst birimlere iletilmesi uygulaması devam etmektedir. Ayrıca, bazı hizmet alanlarında (üreme sağlığı danışmanlığı, kanser danışmanlığı gibi) standart elektronik kayıt altyapısının henüz tümüyle kapsayıcı olmaması nedeniyle, belirli veriler aylık özet tablolar ve bildirim formları aracılığıyla idari birimlere iletmeye devam etmektedir. Bu durum, veri izleme süreçlerinde mükerrer iş yüküne ve zaman kaybına yol açabilmekte, hem de insan hatasına neden olmaktadır. Dolayısıyla, gerçek eş zamanlı izlem ve karşılaştırma imkânı sunmaz; verilerin şeffaflığı ve denetlenebilirliği zedelenir. Ayrıca, sadece hizmet sayısına odaklanan bir sistem, hizmetin niteliğini göz ardı eder. Dolayısıyla, davranışsal değişiklik, memnuniyet düzeyi, takip süresi gibi nitel göstergeler de sistematik biçimde izlenmeli ve kaliteyi tanımlayan ölçütler belirlenmelidir. Sunulan hizmetlerin etkililiğinin ve sonuçlarının izlenmesinde veri toplama ve analiz sistemlerinin güçlendirilmesi ve dijital bütünlük kayıtlı sistemleriyle desteklenmesi gereklidir (13).

Entegrasyon:

Etkin bir sağlık hizmeti için birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin koordineli ve entegre çalışması gerekmektedir. Basamaklar arası entegrasyon eksikliği, hizmetlerde parçalanmaya yol açar; bu durum hem maliyetleri yükseltir hem de kaynak kullanımının verimliliğini düşürür (19). Bazı SHM'lerde aile hekimleri ve hastaneler ile eşgüdümünde yaşanan eksiklikler, danışanların farklı kurumlarda tekrar tekrar bilgi vermek zorunda kalmasına, bazı tetkiklerin tekrarlanmasına ve memnuniyetin azalmasına neden olur. Sonuçta, SHM'nin güvenilir ve sürekli danışmanlık merkezi olduğu algısı zayıflar. Örneğin, sigara bırakma polikliniğine yönlendirilen bir danışanın SHM'de geri izlem zincirinin kurulamaması ya da ek görüntüleme

taleplerinde bürokratik engeller ile karşılaşılması süreci tıkır. Benzer biçimde, SHM üzerinden doğrudan hastane randevusu alınamaması tedavi akışında zaman kaybı yaratır; laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının birinci basamak kayıtlarına entegre edilememesi ise sağlık çalışanının danışanın bütüncül sağlık bilgisine erişimini güçleştirir. Bu sorun, özellikle kronik hastalıkların düzenli takibinde belirginleşmekte ve hizmetin sürekliliğini olumsuz etkilemektedir.

Bütçe ve Yönetimsel Kısıtlılık:

Hizmetin sürekliliği, mali kaynaklar ve yönetimsel istikrarla doğrudan ilişkilidir. SHM'lerde malzeme temini, altyapı bakımı ve diğer lojistik gereksinimler düzenli finansman ister; ancak İl/İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı bu birimlerin özerk bir bütçeye sahip olmaması, tedarik ve bakım süreçlerinde gecikmelere ve zaman zaman hizmetin kesintiye uğramasına yol açabilmektedir. Benzer şekilde, sık yönetsel değişiklikler personel motivasyonunu düşürür; değişen talimatlar iş akışını bozarak kurumsallaşmayı engeller ve kurum hafızasını zedeler (13).

Mevzuat Eksikliği:

SHM'lerin işleyişi rehberlerle desteklenmekle birlikte, uygulamayı bütüncül biçimde düzenleyen bir yönetmelik veya yasal çerçeve bulunmamaktadır. Bu durum hem hizmet sunumunda hem de çalışanlar açısından yasal belirsizliklere ve uygulamalar arasında farklılıklara neden olmaktadır. Bu da SHM'lerin gelişimini ve hesap verebilirliğini sınırlayabilmektedir.

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Fırsatlar

Koruyucu Sağlık Politikalarının Öne Çıkması:

Türkiye'de, 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilirken; tütün bırakma, diyabet ve obezite yönetimi gibi kronik hastalıkla mücadele alanları, politikalarda öncelikli alanlar olarak yer almıştır (20, 21). "Hastalığa değil, sağlığa yatırım" mottosuyla hareket eden SHM'ler, bunun sahadaki somut karşılığı olup önleyici hizmetlere erişimi kolaylaştıran, sürekliliği destekleyen ve yerel ölçekte sonuç üreten bir uygulama koludur. Örneğin, SHM bünyesindeki sigara bırakma poliklinikleri, bireysel danışmanlıkla farmakolojik desteği birleştirerek tütün kullanımını azaltma hedefleriyle doğrudan ilişkili ve koruyucu sağlık politikalarının pratiğe çevrildiği en güzel örneklerden biridir (5). Dahası, bu politika ortamı yalnızca klinik uygulamaları değil; hizmete ilgiyi ve davranış değişimini de desteklemektedir. 2024-2028 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi kapsamındaki kampanyalar, Yeşilay'ın "Yeşil Dedektör" ve "Bırakabilirsin" gibi dijital araçları; ayrıca "Dumansız Hava Sahası" ile ilgili kamu spotları ve basılı materyaller, toplum farkındalığını yükselterek SHM'lerin sigara bırakma, beslenme danışmanlığı ve fiziksel aktivite programlarına yönelimi artırmaktadır.

Kronik Hastalıkların Önlenmesine Yönelik Ulusal Politikaların Güçlenmesi:

Türkiye’de kronik hastalıkların önlenmesine yönelik ulusal politikaların son yıllarda güçlenmesi, SHM’ler için önemli bir fırsat yaratmaktadır. Tütün kontrolünde sade paketleme ve güçlendirilmiş uyarılar üzerine yapılan çalışmaların, gençlerde sigara algısı ile bırakma niyeti üzerinde etkili bulunması; SHM bünyesindeki sigara bırakma polikliniklerinin erişimini ve etkililiğini artırmaya elverişli koşullar oluşturmaktadır (22, 23). Obezitenin Türkiye’deki ekonomik yükünü inceleyen bir çalışma, obeziteyi önlemeye yönelik yapılan yatırımların önemini ortaya koymaktadır (24). Bu da politika desteğiyle, SHM’lerde obezite ve diyabete yönelik tarama, yaşam tarzı danışmanlığı ve takip gibi çok yönlü müdahalelerin yaygınlaştırılmasını kolaylaştırmaktadır. 2020 yılından itibaren aile hekimliğiyle birlikte kullanılan Hastalık Yönetim Platformu (HYP) sayesinde milyonlarca tarama ve izlem yapılmıştır. Bu durum, SHM’lerde yapılan tarama, izlem ve danışmanlık hizmetlerinin; aile hekimliği ve diğer sağlık hizmetlerinde kullanılan standart rehberler, algoritmalar ve ortak dijital sistemleriyle bütünleşmesine olanak sağlamaktadır (25). Bu tür bütüncül politika yaklaşımları, SHM’lerin kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tanısına daha etkili ve güçlü katkı sağlamasına olanak tanımaktadır.

Sağlıklı Yaşam Trendinin Artması ve Farkındalık:

Son yıllarda sağlıklı yaşama yönelik toplumsal ilgi belirgin biçimde artmıştır ve pandemi döneminde yapılan Google Trends analizinde özellikle “fiziksel egzersiz” gibi terimlere yönelik aramaların Türkiye’de yükseldiği raporlanmıştır (26). Yapılan bir kesitsel çalışmada, egzersizle kilo verme, pilates ve kuvvet antrenmanının “en popüler eğilimler” arasında yer aldığı bildirilmiştir (27). 5.285 yetişkinle yapılan bir diğer çalışmada, sürdürülebilir ve sağlıklı beslenme davranışı ile ekolojik ayak izi farkındalığının gıda tercihlerini etkilediği gösterilmiş; yani artan farkındalığın seçimlere yansıdığı bulunmuştur (28). Ancak, kadınlarda dijital mecraları kullanarak sağlık bilgisi arama yaygınlaşmış olsa da sağlık okuryazarlığı düzeyleri değişkendir. Sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışlarıyla ilişkili bulunması, bu ilginin doğru yönlendirilmesi hâlinde hizmete talebi artırabileceğini düşündürmektedir (29, 30). SHM’lerin sigara bırakma, beslenme danışmanlığı ve fiziksel aktivite programları gibi önleyici hizmetleri birden fazla (hem yüz yüze hem dijital) modellerle yaygınlaştırması için güçlü bir fırsat penceresi yaratmaktadır.

Yerel Yönetim, STK ve Üniversitelerle İş Birlikleri:

Toplum sağlığını iyileştirmek için farklı sektörler arasındaki iş birliği giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bunun nedeni, sağlığın yalnızca sağlık sistemiyle değil; eğitim, refah, şehir planlaması gibi birçok farklı alandaki koşullar tarafından da şekillendirilmesidir. Ayrıca, halk sağlığı faaliyetleri

yalnızca sağlık kurumları tarafından değil; yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve benzeri birçok aktör tarafından da yürütülmektedir. Türkiye’de belediyelerin Sağlıklı Şehirler Projesi çerçevesinde yürüttüğü uygulamalar ve kampanyalar, birinci basamakta önleyici hizmetleri destekleyici yaklaşımlardır. Üniversite ve belediye iş birliğinin yerel bir örneği olan Balçova Kalp Çalışması, toplum temelli kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin belirlenmesi ve azaltılması programlarının ortak planlanıp izlenebildiğini göstermektedir. STK’larla yapılan iş birlikleri ise bilgi paylaşımı, gönüllü katılım ve kırılğan gruplara erişim yoluyla programların kapsayıcılığını artırabilir (31, 32). Özellikle sivil toplum kuruluşları, dini kurumlar ve yerel yönetimler gibi topluluk ortaklarıyla birlikte yürütülen etkinliklerde toplum katılımı ve aşılama oranlarında anlamlı artışlar gözlenmiştir (33). SHM’lerin yerelde etkisini artırabilmesi için iş birlikleri önemli fırsatlar sunmaktadır. Bu kapsamda SHM’ler; belediyelerin altyapı ve iletişim olanaklarını, sivil toplum kuruluşlarının kırılğan gruplara ulaşma ağlarını ve üniversitelerin araştırma ile izleme kapasitesini kullanarak ortak hedeflere yönelik eylem planları geliştirebilir ve bunların ölçme-değerlendirmesini yapabilir.

Sosyal Medya ve Dijital Sağlık Uygulamaları:

Son yıllarda sosyal medya ve dijital uygulamaların sağlık amaçlı kullanımı yaygınlaşmıştır. Sağlık kurumları tarafından bilgi yayma, yanlış bilgiyi düzeltme, farkındalık oluşturma, tanıtım yapma amaçlı; sağlık profesyonelleri tarafından hasta deneyimlerini inceleme ve katılımcı bulma; bireyler ise sağlık bilgisi arama ve sosyal destek sağlama için kullanılabilmektedir (34, 35). SHM’ler açısından sosyal medya ile toplumsal etkinliklerin birlikte kullanılması, düşük maliyetle geniş kitlelere ulaşmayı, davranış değişikliğine yönelik mesajların yaygınlaşmasını ve toplumsal farkındalığın artırılmasını sağlayan önemli bir fırsattır. Sağlık profesyonelleri ve kurumların paylaşımlarında davranışa çağrı mesajları ve güçlü görsel tasarımlar kullanılması, kullanıcı etkileşimini belirgin biçimde artırmakta; bu da SHM’nin tarama, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlamaktadır (36).

Dijital Sağlık Uygulamaları:

Kısa mesaj, WhatsApp, mobil uygulamalar, uzaktan izlem ve karar destekli ulusal platformlar gibi dijital sağlık uygulamaları; SHM’lerin düşük maliyetle çok daha geniş kitlelere erişmesini, tarama-randevu süreçlerini hızlandırmasını ve kronik hastalık izleminde süreklilik sağlamasını mümkün kılmaktadır. İspanya’da bir kolorektal kanser tarama programı kapsamında kit dağıtımı yapılan bireylere gönderilen kısa mesaj hatırlatıcıların etkinliğini inceleyen bu randomize kontrollü çalışma, gönderilen mesajların katılım oranlarını anlamlı biçimde artırdığını göstermiştir (37).

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Tehditler

Koruyucu Hizmetlerin Önceliklendirilmemesi:

SHM'lerin etkinliğini sınırlayan önemli bir tehdit olarak mevcut sağlık sistemlerinde koruyucu hizmetlerin yeterince önceliklendirilmemesi yer almaktadır. Siyasi ve ekonomik dinamikler, koruyucu hizmetleri genellikle görünmez ve yalnızca uzun vadede fayda sağladıkları için geri plana atabilmekte; bütçe kısıtlamalarında ilk kesintiler çoğu zaman önleyici hizmetlerden yapıldığı için bu hizmetlere ayrılan kaynaklar daha da zayıflamaktadır (38). Pandemi sonrası dönemde birçok tarama ve kontrol hizmetinin hâlen salgın öncesi düzeyine ulaşamaması, ertelenmiş ya da gecikmiş sağlık hizmeti gereksinimlerinin artmasına yol açmakta; bu durum SHM'lerin toplumda sağlık hizmetlerine ilgiyi artırma ve bireyleri uygun hizmetlere yönlendirme kapasitesini zayıflatmaktadır (39). Türkiye'de örneğin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde tedavi odaklı yaklaşımın öne çıkması ve koruyucu hizmetlerin yetersiz ve düzensiz biçimde finanse edilmesi, önleyici yaklaşımların kalıcı bir şekilde sağlık sistemine entegre edilmediğini göstermektedir (40). Bu tablo, SHM hizmetlerine özel bütçe ayrılmasının; koruyucu hizmetleri öne çıkaran ödeme sistemlerinin ve klinik hizmetlerle iş birliğini artıran düzenlemelerin önemini göstermektedir.

Finansal ve Politika Belirsizlikleri:

Türkiye'de sık değişen yönetmelikler, siyasi öncelikler ve bütçe düzenlemelerine bağlı sağlık politikalarında dalgalanmalar yaşanmaktadır. SHM gibi koruyucu sağlık hizmetine odaklı kurumlar uzun vadeli planlama gerektirirken, politika değişimleri nedeniyle devamlılığını korumakta güçlük çekmektedir. Örneğin, bir dönem obezite ile mücadele veya tütün kontrolü öncelik alınırken, sonraki dönem bu alanlara ayrılan bütçe veya personel desteği azalabilmektedir. Bu belirsizlikler, bazı SHM'lerin sürdürülebilir hizmet sunmasını ve kurumsallaşmasını zorlaştırmaktadır. SHM'lerin finansmanı, il sağlık müdürlükleri bütçelerinden sağlanmakta ve SHM ile ilgili net bir bütçe kalemi bulunmamaktadır. Bu durum, SHM hizmetlerinin dönemsel bütçe kısıtlamasına, yerel düzeyde yöneticilerin önceliğine veya genel gider tasarruflarında kolayca gözden çıkarılmalarına yol açmaktadır. Bazı SHM'lerdeki malzeme ve fiziksel alan yetersizliği, insan kaynağı (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanı gibi) eksikliği, bu bütçe yetersizliğinin doğrudan sonuçlarından (13, 41).

İnsan Kaynaklarında Dengesizlikler ve

Yetersizlikler:

Türkiye'de sağlık insan gücü dağılımı coğrafi farklılıklar göstermektedir. Özellikle batı veya kentsel bölgelerde insan kaynağı göreceli olarak yeterli iken, doğu ve kırsal kesimde diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, çocuk

gelişim uzmanı gibi meslek gruplarının hiç bulunmadığı veya çok sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu durum, bazı SHM'lerde uzman kadroların tam kapasite çalışamamasına ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilir. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinde erişim eşitsizliğine yol açarak bireylerin hizmet alma hakkı ve fırsat eşitliği ilkesi tehdit edilmekte; dezavantajlı bölgelerde mevcut eşitsizlikler daha da derinleşmektedir (12, 13). Hekim dışı sağlık çalışanları atama verilerine bakıldığında, 2022 yılında 170 diyetisyen, 195 fizyoterapist, 146 psikolog, 73 sosyal çalışmacı ataması yapılırken; 2024 yılında 74 diyetisyen, 112 fizyoterapist, 30 psikolog, 67 sosyal çalışmacı ataması yapılmıştır (42). Son dönemde giderek azalan kamusal istihdam dinamikleri, dengesiz kadro tahsisine ve beslenme danışmanlığı başta olmak üzere bazı SHM hizmetlerinde bekleme sürelerinin artmasına yol açmaktadır. SHM'lerde koruyucu sağlık hizmetleri açısından temel rollerde bulunan personelin, görevlendirmelerle başka kurumlara kaydırılması veya sıkça yer değiştirmesi nedeniyle personel sirkülasyonu fazla olmaktadır. Sürekli değişen kadrolar, bireylerin güven ilişkisi kurmasını zayıflatarak hizmetin sürekliliğini, kurumsal hafızayı ve merkezlerin etkinliğini olumsuz etkilemektedir (13).

Süreklilik:

Bazı hizmetlerin proje mantığıyla yürütülmesi (Avrupa Birliği ya da Bakanlık destekli kısa süreli programlar gibi), bu hizmetlerin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Proje bitiminde hizmetlerin sona ermesi veya sekteye uğraması sonucu başvuru yapan bireylerin mağduriyetine neden olabilmektedir. Sürekli ve kurumsal hizmet sunumu sağlanamadığında ise SHM'lere olan güven zedelenebilir (41).

Performans Ölçümünde Yetersizlik:

SHM performansı genellikle hizmet sayısı gibi niceliksel göstergelerle değerlendirilmektedir. Politika belirleyiciler tarafından hizmet kalitesi, sağlık çıktısı gibi göstergeler yeterince dikkate alınmamaktadır. Bu durum, kısa vadede göstermelik hizmet üretimine yönelmesine; uzun vadede ise hizmetin etkinliği ve toplum sağlığı etkisini zayıflatma riski taşır (12, 13, 43).

Afet ve Acil Durumlara Hazırlık:

Afetlerde birinci basamak sağlık sisteminin temel rolü; halk sağlığı risklerinin önlenmesi, hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması ve psikososyal destek sunulmasıdır. Sık sık doğal afetlere maruz kalan bir ülke olarak Türkiye'de, birinci basamak sağlık kuruluşlarının afetlere yönelik hazırlık düzeylerinin yetersiz olması hizmet sürekliliğini tehlikeye atmaktadır. SHM'ler de bu tür kriz dönemlerine yeterli hazırlığa sahip değildir. Personelin afet eğitimi ve düzenli tatbikat eksikliği, acil durum performansını düşürmektedir. Deprem ya da salgın gibi afetlerde, rutin aşı programları aksamaktadır. Örneğin, AFAD destekli acil müdahalede birinci basamak hizmetlerinde özellikle grip ya da tetanoz

aşılırları aksamakta; bu da uzun vadede halk sağlığı riskleri doğurmaktadır. Ayrıca, afet nedeniyle sağlık sisteminde kesintiye uğrayan hipertansiyon, diyabet, KOAH gibi hastalıkların takip ve ilaç temin süreçlerini sürdürülebilir kılmak (örneğin raporlu ilaçların erişimi, danışmanlık hizmetlerinin devamı gibi) ve afet sonrası bireysel ve toplumsal psikososyal destek hizmetlerinin sağlanması önemlidir. SHM'ler, afet sonrası toplum sağlığı izlemi, aşı sürekliliği, bulaşıcı hastalık kontrolü, kronik hastalık yönetimi ve psikososyal destek gibi temel halk sağlığı rollerini üstlenmelidir. Özellikle afet sonrası dönemlerde SHM'ler; fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam, psikolojik destek gibi toplumun iyileşme sürecini hızlandıracak faaliyetlerle toplumsal toparlanma sürecine katkı sunmaktadır (43).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yapılan GZFT analizine göre, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasında ve toplum sağlığı izlemlerinin etkinleştirilmesinde SHM'ler önemli yapılar olarak öne çıkmaktadır. GZFT analizinde güçlü yanları olan bütüncül hizmet yaklaşımı, multidisipliner ekip, önleyici odaklılık ve erken tanı, toplum temelli yaklaşım, birey merkezli hizmet, katılımcının karara dahil olması, erişilebilirlik ve eşitlik, hizmetlerin sürekliliği, güven, saygı ve mahremiyet ile dikkat çekmekle beraber; zayıf yönleri ve tehditleri değerlendirildiğinde insan kaynağı (rol çatışmaları, personel yığılması, nitelik eksiklikleri), altyapı (fiziksel yetersizlik, teknolojik donanım eksikliği), politik, finansal belirsizlikler, bilinirlik, veri izleme, değerlendirme ve kalite göstergelerinin zayıflığı, veri güvenliği, afet hazırlıksızlığı gibi başlıklarda odaklanılması gereken alanlar olduğu görülmektedir.

SHM'lerde insan kaynakları açısından en önemli sorun, görev tanımı belirsizlikleri, norm kadro eksikliği ve personel dengesizliğidir. Diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanı gibi meslek gruplarının her bölgede yeterli sayıda bulunmaması, hizmet sunumunu kısıtlamaktadır. Bu nedenle, norm kadro standartları açıkça (örneğin nüfus başına en az bir diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist gibi) tanımlanmalıdır. Görev tanımları revize edilerek rol karmaşası azaltılmalıdır. Ek ödeme ve rotasyon sistemi ile (örneğin kırsala atanan personele ek teşvik ücretin ödenmesi gibi) personel dağılımı dengelenmelidir (12, 13).

Özellikle uygun fiziksel alan eksikliği, teknolojik donanım yetersizliği ve internet altyapısındaki sorunlar SHM'lerin etkili çalışmasını engellemektedir. Bu sorunların çözümü için SHM'lerin fiziki koşulları standart hale getirilmeli, gerekli cihaz ve altyapı eksikleri giderilmelidir (12).

SHM'lere yönelik farkındalık düzeyi düşük olup, bilinirliğin artırılması için tanıtım faaliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. SHM'ler daha etkin tanıtılmalı; aile

hekimleri ve kamu spotları yoluyla bilinirliği artırılmalıdır (11).

Politik ve finansal açıdan değerlendirildiğinde, SHM'lerin bütçe ve performans değerlendirme sistemlerinin istikrarsızlığı önemli bir tehdit oluşturmaktadır. SHM finansmanı, merkezi denklem içinde bütçe alt kalemi olarak tanımlanarak yıl bazlı kesintisiz planların yapılması şarttır. Finansmanı proje bazlı yerine sabit ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulmalı; performans değerlendirmeleri yalnızca hizmet sayısına değil, sağlık çıktısı odaklı kalite göstergelerine göre yapılmalıdır (13, 44). Ayrıca SHM'ler, ulusal sağlık politikalarına sistematik şekilde entegre edilerek proje bazlı değil, sistem bütününde ele alınmalıdır.

Bir diğer önemli tehdit başlığı ise afetler ve siber güvenlik riskleridir. SHM'ler afet yönetim planlarına dahil edilmeli, düzenli tatbikatlar gerçekleştirilerek personelin farkındalığı artırılmalıdır. Veri güvenliği açısından, e-Nabız ve benzeri dijital sağlık sistemlerinin kullanımında siber tehditlere karşı gerekli güvenlik önlemleri alınmalı; personel düzenli olarak bu konuda eğitilmelidir.

Türkiye'de uygulanan SHM yapılanması, içerdiği hizmet çeşitliliği, multidisipliner ekip yapısı ve birinci basamakla entegrasyonu açısından uluslararası literatürde birebir karşılığı bulunan bir modele tam olarak uymamaktadır. Bu yönüyle SHM'ler, özgün bir hizmet modeli olarak değerlendirilmektedir (45). Bu durum, SHM'ler açısından önemli avantajlar sağlamakla birlikte; uygulama sürecinde belirli yapısal ve yönetsel zorlukları da beraberinde getirmektedir. Esnek ve çok bileşenli hizmet sunumu, yerel ihtiyaçlara uyum ve bütüncül yaklaşım açısından güçlü bir potansiyel oluştururken; mevzuatın rehberler üzerinden yürütülmesi, rol tanımlarındaki belirsizlikler ve uygulamalar arasındaki heterojenlik gibi sorunlar, modelin henüz gelişim sürecinde olduğuna işaret etmektedir. Bu bağlamda, SHM'ler uygulama deneyimleri doğrultusunda sürekli güncellenen ve iyileştirilen dinamik bir hizmet modeli olarak ele alınmalıdır.

Sonuç olarak, SHM'lerin toplum sağlığı üzerindeki etkisinin artırılması için insan kaynakları, altyapısı, kurumsal yapısı ve afet hazırlık kapasitesi güçlendirilmelidir. Böylece birinci basamak sağlık sisteminde SHM'ler daha sürdürülebilir ve etkin bir yapıya kavuşturulabilecektir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016. Available from: https://apps.who.int/qa/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Halk sağlığı merkezleri. Genelge No: 2016/5, Sayı: 49654233. 2016.

3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Hayat Merkezleri [İnternet]. [t.y.]. Available from: <https://shm.saglik.gov.tr/>
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Hayat Merkezi mahal alanları ve malzeme ihtiyaç listesi rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı. Sağlıklı Hayat Merkezi rehberi. 2025. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/toplum-sagligi-hizmetleri-ve-egitim-db/Dokumanlar/Shm_Rehber_2025.pdf
6. Çoban B, Karakaya YE. Geleceği planlamada stratejik yönetim ve SWOT analizine kavramsal yaklaşımlar. e-Journal of New World Sciences Academy. 2010;5(4):342-352.
7. Türkmen F. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. Sosyoekonomi. 2020;28(44):439-452. <https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2020.03.22>
8. World Health Organization. People-centred health care: a policy framework. Geneva: WHO Press; 2007. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206971/9789290613176_eng.pdf
9. Ünüvar B, Acar F. Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran hastaların tercih sebeplerinin araştırılması: Karaman örneği. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2020;6(2):317-327. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/56391/786786>
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Okul sağlığı [İnternet]. [t.y.]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi>
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bakan Memişoğlu, Sağlıklı Hayat Akademisi'nin ilk dersinde 7000 vatandaşla buluştu [İnternet]. [t.y.]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/bakan-memisoglu-saglikli-hayat-akademisinin-ilk-dersinde-7-bin-vatandasla-bulustu.html>
12. Korucu KS, Yelsiz M, Eke E. Sağlık hizmetlerinde Sağlıklı Hayat Merkezleri farkındalığı üzerine bir araştırma: Isparta örneği. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD). 2023;10(3):523-544.
13. Öztürk YE, Söyler S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir uygulama: Sağlıklı Hayat Merkezlerinde hizmet sunumu, yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri. Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi (JEBPIR). 2021;7(2):403-418.
14. Yıldırım HH, Yıldırım T, Bilir MK, Arı HO, İşlek E, Özatakan Y, Özkan O. Human resources for health in Turkey: current situation, challenges and solutions. Journal of Health Systems and Policies. 2020;2(2):182-195.
15. Teleş M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2023;26(2):363-378. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2741031>
16. Sünter M. Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetiminin önemi. 2018. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/738501>
17. Kar A, Özer Ö. Türkiye'de sağlık hizmetleri altyapı kaynaklarının, hizmet kullanım düzeylerinin ve sağlık sonuçlarının bölgesel düzeyde karşılaştırılması. Dicle University Journal of Economics and Administrative Sciences. 2020;10(20):331-350.
18. Şimşek E. Birinci basamakta insan kaynaklarının güçlendirilmesi. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2024;65:36-37.
19. Sezerol MA, Sakarya D. Sağlık hizmetlerinde basamaklar arası entegrasyon. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2024;2024(1):43-47.
20. Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Raporu. Ankara: Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı; 2020. Available from: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikliYasam_ve_Bagimlilikla_MucadeleCalismaGrubuSaglikliYasamAltCalismaGrubuRaporu.pdf
21. Egici MT. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine bakış. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2024;65:66-71.
22. Caner A, Turan B, Gürdal MY, ve ark. Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında sade ambalaj ve sağlık uyarılarına ilişkin algılar: anket tabanlı bir deney. BMC Public Health. 2023;23:779. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15637-4>
23. Ay P, Yasin Y, Elbek O, Guner M, Gezer T, Sonmez UP, Ceyhan M, Yıldız F, Daglı E. Will plain packaging of cigarettes achieve the expected? Perceptions among medical students. Tob Induc Dis. 2022 Oct 31;20:92. doi:10.18332/tid/154056. PMID:36381381; PMCID:PMC9619229.
24. Gogas Yavuz D, Akhtar O, Low K, Gras A, Gursel B, Yılmaz ES, Basse A. The economic impact of obesity in Turkey: a micro-costing analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2024 Mar 5;16:123-132. doi:10.2147/CEOR.S446560. PMID:38476579; PMCID:PMC10929251.
25. Ulgu MM, Laleci Erturkmen GB, Yuksel M, Namli T, Postacı Ş, Gencturk M, ve ark. A nationwide chronic disease management solution via clinical decision support services: software development and real-life implementation report. JMIR Med Inform. 2024 Jan 19;12:e49986. doi:10.2196/49986. PMID:38241077; PMCID:PMC10837759.
26. Trabzon S, İlhan P, Sert H, Sarıdaş A. COVID-19 pandemisi öncesi ve sırasında sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine yönelik kamuoyu ilgisi: Google Trendler analizi. Bilgi Araştırmaları Uluslararası Elektronik Dergi. 2023;28(2):70-85. <https://doi.org/10.47989/394>
27. Batrakoulis A, Keskin K, Çelik OB, Fatolahi S, Al-Mhanna SB, Dinizadeh F. Health and fitness trends in the post-COVID-19 era in Turkey: a cross-sectional study. Annals of Applied Sport Science. 2024;12(1). Available from: <http://aassjournal.com/article-1-1271-en.html>
28. Irgat Sİ, Bakırhan H, Bakırhan YE, ve ark. Türk yetişkinlerinde gıda seçim motivasyonlarının belirlenmesi: sürdürülebilir ve sağlıklı beslenme davranışı, ekolojik ayak izi farkındalığı ve gıda güvensizliği perspektifi. BMC Halk Sağlığı. 2024;24:3547. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21091-7>
29. Demir R, Kaya Odabaş R, Taşpınar A. Türkiye'de kadınların dijital medya kullanımı ve sağlık okuryazarlığı

- düzeyleri. Halk Sağlığında Sosyal Hizmet. 2024;39(2):199-209.
<https://doi.org/10.1080/19371918.2024.2322586>
30. Erişen, MA (2024), Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Aktivasyonunun Sağlık Arama Davranışı Üzerindeki Etkisi: Türkiye’de Kesitsel Bir Çalışma. Sağlık Beklentileri, 27:e70052. <https://doi.org/10.1111/hex.70052>
31. Ergör G, Soysal A, Sözman K, Ünal B, Uçku R, Kılıç B, ve ark. Balçova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. 2012 Jun;57(3):535-542. doi:10.1007/s00038-011-0309-x. Epub 2011 Oct 11. PMID:21987028.
32. Önez Çetin Z. Türkiye’de sağlıklı kentler ve belediye yönetimleri: Denizli Büyükşehir Belediyesi örneği. Humanit Soc Sci Commun. 2024;11:1089. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03591-4>
33. Zhang Y, Xie YJ, Yang L, ve ark. Aşılama teşvikinde toplum temelli katılımcı araştırma (CBPR) yaklaşımları: bir kapsam incelemesi. Int J Equity Health. 2024;23:227. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02278-1>
34. Chen J, Wang Y. Social media use for health purposes: systematic review. J Med Internet Res. 2021;23(5):e17917. Available from: <https://www.jmir.org/2021/5/e17917>. doi:10.2196/17917
35. Ghahramani A, de Courten M, Prokofieva M. Sosyal medyanın farkındalık yaratmanın ötesinde sağlık gelişimindeki potansiyeli: bütünsel bir inceleme. BMC Public Health. 2022;22:2402. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14885-0>
36. Yip Y, Makmor-Bakry M, Chong W. Elements influencing user engagement in social media posts on lifestyle risk factors: systematic review. J Med Internet Res. 2024;26:e59742. <https://doi.org/10.2196/59742>
37. Vives N, Travier N, Farre A, Binefa G, Vidal C, Pérez Lacasta M, ve ark. Effectiveness and acceptability of targeted text message reminders in colorectal cancer screening: randomized controlled trial (M-TICS study). JMIR Public Health Surveill. 2024;10:e57959. <https://doi.org/10.2196/57959>
38. Jacques O, Noël A. The politics of public health investments. Soc Sci Med. 2022;309:115272. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115272>
39. Alba C, Zheng Z, Wadhera RK. Changes in health care access and preventive health screenings by race and ethnicity. JAMA Health Forum. 2024;5(2):e235058. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.5058>
40. Doğan A, Durukan Köse S. Oral health policy model for Turkey: how to deliver preventive services? Frontiers in Health Services. 2025;5:1513688. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1513688>
41. TÜBİTAK. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin durumu: SWOT analizi. Ankara: TÜBİTAK Yayınları; 2003.
42. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM). KPSS: Kamu Personel Seçme Sınavı – 2025 [İnternet]. [erişim 19 Ağustos 2025]. Available from: <https://www.osym.gov.tr/TR,32969/2025.html>
43. Yılmaz TE. Sağlıkta afet yönetiminde aile hekimliği. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD); 2021. Available from: <https://www.tahud.org.tr/download/af4882d2-9f44-4916-9a94->
44. Budak F, Arık M. Sağlık kurumlarında SWOT analizi. In: Budak F, Arık M, editors. Güncel gelişmeler ışığında sağlık yönetimi. 2023. p.61-75. Özgür Yayınları. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub86.c492>
45. Porsuk AO, Cerit C. Assessment of satisfaction with a healthy life center, a new service model. Niger J Clin Pract. 2023;26(1):23–30. doi:10.4103/njcp.njcp_1635_21. PMID:36751819.