

Türkiye’de tansiyon, kan şekeri ve kolesterol ölçümü koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler, 2019 yılı

Factors affecting the use of blood pressure, blood sugar and cholesterol measurement preventive health services in Türkiye, 2019

Leyla KANMAZ DEMİR¹ (ID), Özgür UĞURLUOĞLU² (ID)

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin (tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü ve kan şekeri ölçümü) kullanım düzeyini ortaya koymak ve bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmasında etkili olduğu düşünülen bireysel, sosyodemografik, toplumsal ve sistemsel faktörleri tespit etmektir.

Yöntem: Çalışmada, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından ulusal düzeyde düzenli olarak yapılan Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı veri seti kullanılmıştır. Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 18 yaş ve üzerindeki toplam 16.253 bireyden elde edilen veriler SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada yapılan analiz sonuçlarına göre katılımcıların %88,6’sı tansiyon, %83,7’si kolesterol ve %88,9’u kan şekeri ölçtürmüştür. Katılımcılar arasından kadınlar, yaşlı bireyler, eğitim düzeyi yüksek olanlar, fiziksel aktivite yapanlar, sağlık statüsü daha kötü olanlar, çevrelerinden sosyal destek

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal the level of use of preventive health services (blood pressure measurement, cholesterol measurement and blood sugar measurement) in Türkiye and to determine individual, sociodemographic, social and systemic factors that are thought to be effective in individuals’ use of preventive health services.

Methods: In the study, the Türkiye Health Survey 2019 data set, which is regularly conducted at the national level by the Turkish Statistical Institute, was used. Data obtained from a total of 16.253 individuals aged 18 and over who participated in the Türkiye Health Survey were analyzed using the SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) program.

Results: According to the results obtained as a result of the analyzes carried out in the research, 88.6% of the participants had their blood pressure measured, 83.7% had their cholesterol measured and 88.9% had their blood sugar measured. It has been determined that among the participants, women, older individuals, those with higher

¹İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD., İstanbul, Türkiye
²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD., Ankara, Türkiye



İletişim / Corresponding Author : Leyla KANMAZ DEMİR
İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD., İstanbul - Türkiye
E-posta / E-mail : leylakanmaz@aydin.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 26.02.2024
Kabul Tarihi / Accepted : 27.08.2024

DOI ID : 10.5505/TurkHijyen.2025.78466

Kanmaz Demir L, Uğurluoğlu Ö. Türkiye’de tansiyon, kan şekeri ve kolesterol ölçümü koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler, 2019 yılı. Türk Hij Den Biyol Derg, 2025; 82(3): 377 - 392

sağlayabilenler ve sosyal güvence kapsamında olanların koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli ve etkili bir şekilde kullanılması, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltmak açısından önemli bir yöntemdir. Bu çalışma, Türkiye’de yaşayan bireylerin tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri ortaya koyarak uluslararası karşılaştırmalara imkân sağlamaktadır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetleri farkındalığını geliştirerek bu hizmetlerin kullanımını artırmak ve teşvik etmek için uygulanan politikaların gözden geçirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu bağlamda, sunulan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve kalitesinin iyileştirilmesi; eğitimin niteliği ve niceliğinin yükseltilmesi; koruyucu hizmetlerin hangi yaş gruplarında ve ne sıklıkla alınması gerektiğine dair bilgilendirmeler yapılması ile sürecin etkin bir şekilde izlenmesinin bu hizmetlerin erken dönemlerde kullanımını destekleyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu sağlık hizmetleri, tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme, kan şekeri ölçtürme, Türkiye

education levels, those who engage in physical activity, those with poorer health status, those who can receive social support from their surroundings, and those with social security coverage use preventive health services more.

Conclusion: The regular and effective use of preventive health services is an important method for improving public health and reducing healthcare costs. This study enables international comparisons by revealing the blood pressure, cholesterol and blood sugar measurement levels of individuals living in Türkiye and the factors that affect them. In addition, the study is important in terms of reviewing the policies implemented to increase and encourage the use of these services by raising awareness of preventive health services. In this context, it is thought that facilitating access to provided healthcare services and improving their quality; increasing the quality and quantity of education; providing information on which age groups and how often preventive services should be received; and effectively monitoring the process will support the use of these services in the early stages.

Key Words: Preventive health services, blood pressure measurement, cholesterol measurement, blood sugar measurement, Türkiye

GİRİŞ

Günümüze kadar dünya çapında ölüme neden olan hastalıklar incelendiğinde, bulaşıcı olmayan hastalıkların ölüm nedenleri içerisindeki payının sürekli olarak arttığı ve 2023 yılında dünyada gerçekleşen ölümlerin dörtte üçünün bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı görülmüştür (1). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre bu eğilimin devam etmesi durumunda 2048 yılına kadar tüm ölümler içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıkların payının %86’ya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’de en güncel verilerle 2023 yılında gerçekleşen ölümler

incelendiğinde, toplam ölümlerin %33,4’ünün dolaşım sistemi hastalıklarından; %15’inin kanser türlerinden ve %13,2’sinin solunum sistemi hastalıklarından kaynaklandığı (2) ve bu oranların 2019 yılından itibaren benzer bir seyirde devam ettiği tespit edilmiştir. Kalp hastalığı, akciğer hastalığı, kanser türleri ve felç gibi ölüm nedenlerinin aslında önlem alınabilir ve korunabilir hastalıklar olması (3) artan ölümlerin önlenmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini gündeme getirmektedir.

Nüfus açısından değerlendirildiğinde Türkiye’de yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzerindeki nüfusun son beş yılda %21,4 artarak

2023 yılında %10,2'ye yükseldiği görülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus düzeyinin Türkiye'de 2060 yılına kadar %22,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir (4). Artan yaşlı nüfus, insanların sağlıklı kalmalarına olanak tanıyan fonksiyonel yeteneklerini geliştirmek ve sürekliliğini sağlamak için sağlıklı yaşlanmanın önemini pekiştirmektedir. Sağlıklı yaşlanma yalnızca yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini korumayı değil, aynı zamanda kaynakları onlara erişilebilir kılmayı da içermektedir. Ancak yaşlanan nüfus nedeniyle ölüm oranlarının artması ve hastalık yükünde meydana gelen artışlar sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetleri finansmanı üzerindeki yükün de artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalık ve sakatlıkların önlenmesi ve yönetimi yaşlanan bir toplum için gün geçtikçe daha fazla önem kazanmakta ve sağlıklı yaşlanmak için kullanılan stratejilerden biri olan koruma yaklaşımının önemini gündeme getirmektedir (5).

1940'ların sonlarında Leavell ve Clark tarafından ortaya atılan koruma düzeyleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde ele alınmıştır (6). Risk faktörleri mevcut iken hastalık nedenlerini ve risk faktörlerini kontrol ederek hastalık insidansını sınırlamayı amaçlayan birincil koruma, belirli bir hastalığa ya da potansiyel hasta grubuna uygulanabilir bağışıklama, aile planlaması, doğum öncesi bakım, obez bireylerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini önlemek amacıyla diyet ve egzersiz programları gibi hizmetler ve ölçümleri içermektedir (7, 8). Hastalığın başlangıcı ile tanı zamanı arasındaki döneme yönelik olan ve doğal seyrinde olan hastalığa uygulanarak hastalığın ciddi bir aşamaya ilerlemesini durdurmaya, böylelikle hastalığın prevalansını azaltmayı amaçlayan ikincil koruma, sağlık sorununun erken teşhisi yoluyla yayılmasını engellemek ve uzun vadeli etkilerini azaltmak ya da önlemeye yönelik kanser taramaları, tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçümleri gibi girişimleri içermektedir (7, 9). Üçüncül koruma ise, birincil ve ikincil korunma olanaklarından yararlanamamış ve tanıda geç kalınmış hastalarda en iyi tedavi ve rehabilitasyon

olanakları yoluyla komplikasyonlardan kaçınmaya dayalı hizmetleri ifade etmektedir. Diyabeti olan kişinin göz komplikasyonları varken körlüğün ya da diyabetik nöropatisi varken bacak amputasyonlarının engellenmesi gibi yaklaşımlar geç hastalık döneminde hastalığın birey ya da toplum üzerindeki etkilerini sınırlandırmak amacıyla uygulanan teknik ve stratejilerdir (3, 6, 10). Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil, üçüncül koruma kapsamındaki tüm yöntemleri içermektedir. Bu teknikler yardımıyla hastalıkların erken teşhisi ve takibi sağlanarak ciddi sağlık sorunlarına ve ölümlere neden olması engellenebilmektedir. Hastalıkları önlemek ve sağlığı teşvik etmenin ileriki aşamalarda hem birey hem de ülke sağlık sistemi açısından ortaya çıkabilecek yüksek finansal risklerden korunma noktasındaki kritik durumu da göz önüne alındığında koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımda etkili olan faktörlerin incelenmesi önem arz etmektedir.

Ulusal ve uluslararası sağlık rehberleri, diyabet, kardiyovasküler hastalık, obezite gibi kronik hastalıklar için hipertansiyon, hiperglisemi, hiperkolesterolemi gibi değiştirilebilir risk faktörlerini saptamak amacıyla belirli yaş gruplarında belirli sıklıklarla özellikle tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü ve kan şekeri ölçümlerinin yapılmasını önermektedir (11). Bu hizmetlerin kullanımı bireysel, toplumsal ve sistemsel çeşitli faktörlere göre değişmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma gibi bireysel faktörlerin yanı sıra kültürel etkileşim ve sosyal destek gibi toplumsal faktörler ve sosyal güvence gibi sağlık hizmetlerine erişim anlamında önem taşıyan sistemsel faktörler önemli belirleyiciler olabilmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de yaşayan bireylerin 2019 yılında tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma düzeyini ortaya koymak ve bireyler açısından bu hizmetlerin kullanım kararında etkili olduğu

düşünülen bireysel, sosyodemografik, toplumsal ve sistemsel faktörleri tespit etmektir. Bu doğrultuda, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından ulusal düzeyde düzenli olarak yapılan Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı veri seti kullanılmıştır.

Türkiye Sağlık Araştırması'nda 17.084'ü 15 yaş ve üzeri, 6.115'i 0-14 yaş arası çocuk olmak üzere toplam 23.199 bireye ilişkin bilgiler derlenmiştir. Veri setinde, 0-14 yaş grubundaki çocukların anket tarihinden önceki altı ay süresince geçirdikleri hastalıklara ait bilgiler ile çocuk engelliğine ilişkin verilere mevcuttur. Ayrıca, 15 yaş ve üstü bireyler için genel sağlık durumu, kronik hastalıklar, günlük

aktivitelerini yürütmede fonksiyonel yeterlilik, kişisel bakım, sağlık hizmetleri kullanımı, ilaç kullanımı, yapılan aşılar ve ölçümler ile boy ve kilo değerleri gibi bilgiler derlenmiştir (12).

Bu çalışmaya, Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyeleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015)'nin hazırladığı "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi"nde tavsiye edilen yaş grupları dahil edilmiştir (13). Rehberde önerilen yaş grupları ve sıklık bilgilerini içeren Tablo 1 aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımına Yönelik Önerilen Yaş ve Sıklıklar

Koruyucu Sağlık Hizmeti	Tavsiyeler (Yaş, Sıklık)
Tansiyon Ölçtürme	-18 yaş ve üzeri, yılda bir kez
Kolesterol Ölçtürme	-35 yaş ve üzeri, beş yılda bir kez
Kan Şekeri Ölçtürme	-45 yaş ve üzeri, üç yılda bir kez

Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 23.199 birey içinden tansiyon ölçtürme için 18 yaş ve üstü 16.253; kolesterol ölçtürme için 35 yaş ve üstü 11.284 ve kan şekeri ölçtürme için 45 yaş ve üzeri 7.889 bireye ilişkin veriler çalışma kapsamında incelenmiştir.

Türkiye Sağlık Araştırması'nda yer alan ve üç farklı koruyucu sağlık hizmetinin katılımcılar tarafından kullanılıp kullanılmadığına ilişkin üç soru çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak alınmıştır. Bu sorular aşağıdaki gibidir:

1. Tansiyonunuz en son ne zaman bir sağlık personeli tarafından ölçüldü?
2. Kolesterolünüz en son ne zaman bir sağlık personeli tarafından ölçüldü?
3. Kan şekeriniz en son ne zaman sağlık personeli tarafından ölçüldü?

Katılımcılar bu sorulara söz konusu koruyucu sağlık hizmetini kullanıp kullanmadıkları bilgisi ile eğer kullandıysalar kullanım sıklıklarını (son 12 ay içerisinde, 1 yıldan çok 3 yıldan az, 3 yıldan çok 5

yıldan az, 5 yıldan fazla süre gibi) belirterek yanıt vermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sorulara sıklık belirten katılımcılar ilgili hizmeti kullanmış kabul edilirken, "hiçbir zaman" yanıtını veren katılımcılar ise ilgili hizmeti kullanmamış olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini ise literatür taraması sonucu ulaşılan ve bireylerin tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma durumları ile ilişkisi araştırılan yaş (14), cinsiyet (15), eğitim durumu (16), medeni durum (17) gibi bireysel ve demografik faktörler, algılanan sağlık statüsü (18), fiziksel aktivite (19), sosyal destek (20) ve sosyal güvence (21) faktörleri oluşturmuştur.

Elde edilen veriler SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin sunumunda tanımlayıcı istatistiklerden (frekans ve yüzde)

yararlanılmıştır. Katılımcıların tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme ve kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının çeşitli faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla Ki-Kare Testleri kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek amacıyla çoklu lojistik regresyon analizi uygulanmış ve Ki-Kare Testleri sonucunda anlamlı farklılıklar tespit edilen değişkenler oluşturulan çoklu lojistik regresyon modellerine dahil edilmiştir. Yürütülen çoklu lojistik regresyon analizlerinde referans kategorilerin seçiminde, odds oranına dayalı doğru yorumlar yapabilmek amacıyla bağımsız değişkenlere ilişkin alt kategorilerde bireylerin ilgili sağlık hizmetini kullanma durumları dikkate alınmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $\alpha \leq 0,05$ olarak seçilmiştir.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 2’de yer almaktadır. Buna göre tansiyon ölçtürme için 18 yaş ve üzerindeki bireyler (n=16.253); kolesterol ölçtürme için 35 yaş ve üzerindeki bireyler (n=11.284) ve kan şekeri ölçtürme için 45 yaş ve üzerindeki bireyler (n=7.889) analizlere dahil edilmiştir.

Tablo 2’ye göre tansiyon ölçtürme hizmeti için 18 yaş ve üzerindeki katılımcıların yarısından fazlasının kadın (%54,6) katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Çalışma kapsamındaki bireyler arasında 35-44 yaş grubundaki bireyler çoğunluğu (%20,9) oluşturmaktadır. Katılımcıların %48’i ilköğretim; %13,1’i ise lisans ve lisansüstü eğitim mezunudur. Medeni durum açısından dağılım incelendiğinde, evli bireyler %72,1 ve bekar bireyler ise %27,9’dur. Katılımcıların %56,8’i genel sağlık durumunun iyi olduğunu belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan katılımcıların oranı %7,5’tir. Analizlere dahil edilen katılımcıların çoğunluğu (%57,8) ihtiyaç duyduğunda 3 veya daha fazla kişi tarafından sosyal destek alabildiğini belirtmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu

(SGK) bünyesinde sosyal güvence kapsamında olma duruma göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %92,1’inin sosyal güvencesinin olduğu anlaşılmaktadır.

Kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımı için analizlere dahil edilen 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların %54,7’sinin kadın katılımcılardan oluştuğu saptanmıştır. Yaş grupları arasından 35-44 yaş grubundaki bireyler çoğunluğu (%30,1) oluşturmaktadır. Katılımcıların %17’sini eğitim almayanlar; %54,7’sini ilköğretim mezunları; %18,3’ünü lise ve önlisans mezunları; %10’unu ise lisans ve lisansüstü eğitim mezunları oluşturmuştur. Katılımcıların %81,5’i evlidir. Sağlık statüsünün iyi olduğunu belirten katılımcıların oranı çoğunluğu (%46,3) oluşturmaktadır. Analizlere dahil edilen katılımcıların %94,6’sı fiziksel aktivite yapmamaktadır. Katılımcıların %5,5’i ihtiyaç duyduğunda sosyal destek alabileceği güvenilir bir yakını olmadığını belirtirken %57,4’ü 3 veya daha fazla kişiden sosyal destek alabildiğini ifade etmiştir. Ayrıca SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olan bireylerin oranı %94,1’dir.

Kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti için çalışma kapsamına alınan 45 yaş ve üstü katılımcıların %54,9’u kadın bireylerden oluşmuştur. Yaş grupları arasından 45-54 yaş grubunda yer alan bireylerin oranı %37’dir. Katılımcıların %57,3’ü ilköğretim mezunudur ve %79,4’ü evlidir. Katılımcıların %42’sinin genel sağlık statüsünün orta düzeyde olduğunu belirttiği görülmektedir. Fiziksel aktivite açısından bakıldığında, katılımcıların yalnızca %4’ü fiziksel aktivite yapmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %5,3’ünün güvenilir bir yakını olmadığı ve %95,8’inin SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olduğu görülmektedir.

Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin tansiyon ölçtürme kararları üzerinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla yapılan ki-kare analizi ve lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 3’te sunulmaktadır. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %88,6’sı tansiyon ölçtürmüştür. Tek değişkenli analizler, katılımcıların

tansiyon ölçtürme davranışlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma, sosyal destek ve sosyal güvenceye

sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur ($p \leq 0,05$).

Tablo 2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile ilgili Analizlere Dahil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Koruyucu Sağlık Hizmeti	Tansiyon Ölçtürme n=16.253		Kolesterol Ölçtürme n=11.284		Kan Şekeri Ölçtürme n=7.889	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
<i>Erkek</i>	7379	45,4	5113	45,3	3560	45,1
<i>Kadın</i>	8874	54,6	6171	54,7	4329	54,9
Yaş						
<i>18-24</i>	1899	11,7	*	*	*	*
<i>25-34</i>	3070	18,9	*	*	*	*
<i>35-44</i>	3395	20,9	3395	30,1	*	*
<i>45-54</i>	2918	18,0	2918	25,8	2918	37,0
<i>55-64</i>	2513	15,5	2513	22,3	2513	31,8
<i>≥65</i>	2458	15,1	2458	21,8	2458	31,2
Eğitim Durumu						
<i>Eğitim almayanlar</i>	2175	13,4	1923	17,0	1711	21,6
<i>İlköğretim</i>	7795	48,0	6171	54,7	4523	57,3
<i>Lise ve önlisans</i>	4150	25,5	2062	18,3	1107	14,0
<i>Lisans ve lisansüstü</i>	2133	13,1	1128	10,0	548	6,9
Medeni Durum						
<i>Bekar</i>	4541	27,9	2090	18,5	1629	20,6
<i>Evli</i>	11712	72,1	9194	81,5	6260	79,4
Sağlık Statüsü						
<i>İyi</i>	9240	56,8	5224	46,3	3006	38,1
<i>Orta</i>	5134	31,6	4303	38,1	3310	42,0
<i>Kötü</i>	1879	11,6	1757	15,6	1573	19,9
Fiziksel Aktivite						
<i>Evet</i>	1224	7,5	614	5,4	314	4,0
<i>Hayır</i>	15029	92,5	10670	94,6	7575	96,0
Sosyal Destek						
<i>Yok</i>	895	5,5	618	5,5	420	5,3
<i>1-2 kişi</i>	5969	36,7	4193	37,1	2905	36,8
<i>3 kişi ve üzeri</i>	9389	57,8	6473	57,4	4564	57,9
Sosyal Güvence						
<i>Var</i>	14965	92,1	10616	94,1	7555	95,8
<i>Yok</i>	1288	7,9	668	5,9	334	4,2
TOPLAM	16253	100,0	11284	100,0	7889	100,0

*İlgili yaş grubu açısından incelenmemiştir.

Tablo 3. Tansiyon Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Analizler

Bağımsız Değişkenler	Evet (n=14400; %88,6)		Hayır (n=1853; %11,4)		Ki-Kare Analizi		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	n	%	n	%	χ^2	p	AOR	[%95 GA]	p
Cinsiyet									
Erkek	6273	85,0	1106	15,0	172,19	<0,001	Ref.		
Kadın	8127	91,6	747	8,4			1,85	[1,66-2,06]	<0,001
Yaş									
18-24	1312	69,1	587	30,9	1054,45	<0,001	Ref.		
25-34	2618	85,3	452	14,7			1,81	[1,54-2,13]	<0,001
35-44	3033	89,3	362	10,7			2,28	[1,91-2,71]	<0,001
45-54	2668	91,4	250	8,6			2,69	[2,21-3,27]	<0,001
55-64	2367	94,2	146	5,8			3,94	[3,15-4,93]	<0,001
≥65	2402	97,7	56	2,3			11,38	[8,34-15,53]	<0,001
Eğitim Durumu									
Eğitim almayanlar	2033	93,5	142	6,5	137,53	<0,001	Ref.		
İlköğretim	6978	89,5	817	10,5			1,22	[0,99-1,49]	,056
Lise ve önlisans	3494	84,2	656	15,8			1,42	[1,14-1,76]	0,002
Lisans ve lisansüstü	1895	88,8	238	11,2			1,72	[1,34-2,20]	<0,001
Medeni Durum									
Bekar	3652	80,4	889	19,6	417,04	<0,001	Ref.		
Evli	1074	91,8	964	8,2			1,89	[1,67-2,15]	<0,001
Sağlık Statüsü									
İyi	7771	84,1	1469	15,9	430,83	<0,001	Ref.		
Orta	4836	94,2	298	5,8			1,99	[1,73-2,29]	<0,001
Kötü	1793	95,4	86	4,6			1,96	[1,53-2,50]	<0,001
Fiziksel Aktivite									
Evet	1060	86,6	164	13,4	5,23	0,013	1,41	[1,17-1,70]	<0,001
Hayır	1334	88,8	1689	11,2			Ref.		
Sosyal Destek									
Yok	772	86,3	123	13,7	9,62	0,008	Ref.		
1-2 kişi	5256	88,1	713	11,9			1,07	[0,86-1,33]	0,525
3 kişi ve üzeri	8372	89,2	1017	10,8			1,25	[1,01-1,56]	0,036
Sosyal Güvence									
Var	1340	89,5	1565	10,5	166,32	<0,001	1,55	[1,33-1,81]	<0,001
Yok	1000	77,6	288	22,4			Ref.		
Nagelkerke R ² :0,164;		Hosmer Lemeshow: 6,070 p: 0,639				Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %88,5			

Analiz sonuçlarının istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak belirlenmiştir.
 Ayarlanmış Olasılık Oranları (AOR) ve %95 güven aralıkları (GA) hesaplanmıştır.
 Ref: Referans kategori, ilgili hizmeti daha az kullanan kişiler olarak seçilmiştir.

Uygulanan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarında, kadın katılımcıların erkeklere kıyasla daha fazla tansiyon ölçtürdüğü görülmüştür ($p<0,001$). Yaş değişkeninin tansiyon ölçtürmenin önemli bir belirleyicisi olduğu ve katılımcıların yaşları arttıkça tansiyon ölçtürme oranının arttığı tespit edilmiştir ($p<0,001$). Araştırma katılımcılarının eğitim düzeyi de tansiyon ölçtürmeyi etkilemiştir. Eğitim almayan katılımcılara göre lise ve ön lisans mezunu katılımcılarda ve lisans ve lisansüstü eğitim mezunu olan katılımcılarda tansiyon ölçtürme oranı daha yüksektir ve ulaşılan sonuçlar istatistiki açıdan anlamlıdır ($p\leq 0,05$). Benzer şekilde, evli bireyler bekar bireylere göre daha fazla tansiyon ölçtürmüştür ($p<0,001$). Sağlık statüsünün iyi düzeyde olduğunu belirten katılımcılara kıyasla orta ve kötü düzeyde olduğunu belirten katılımcıların daha fazla tansiyon ölçtürdüğü saptanmıştır ($p<0,001$). Fiziksel aktivite yapan katılımcılar; 3 veya daha fazla kişiden sosyal destek sağlayabilenler ve SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olanlar daha fazla tansiyon ölçtürmüştür ($p\leq 0,05$).

Kolesterol ölçtürme ve belirleyicilerine yönelik analiz sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır. Tablo 4'e göre katılımcıların önemli bir bölümü (%83,7) kolesterol ölçtürmüştür. Ki-kare analizleri ile ulaşılan bulgular 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların kolesterol ölçtürme durumlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur ($p\leq 0,05$). Fiziksel aktivite değişkeni kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik yürütülen Ki-Kare Testlerinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermemesine ($p>0,05$) karşın, çalışma kapsamına alınan tüm koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik karşılaştırmalar yapılabilmesi için çoklu lojistik regresyon modellerine dahil edilmiştir.

Yürütülen çok değişkenli lojistik regresyon analizinde cinsiyetin kolesterol ölçtürme üzerindeki etkisine bakıldığında, kadın katılımcıların daha

fazla kolesterol ölçtürdüğü ve ulaşılan odds oranının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Yaş grupları arasında kolesterol ölçtürme oranı yüksek yaş gruplarında yer alan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça kolesterol ölçtürme oranları da artmış ve elde edilen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bireylerin sağlık statüsü kolesterol ölçtürme davranışını etkilemiştir. Sağlık statüsü iyi olan katılımcılarla kıyaslandığında orta düzeyde ve kötü düzeyde olan katılımcılarda kolesterol ölçtürme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara göre daha fazla kolesterol ölçtürdüğü ve elde edilen sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p\leq 0,05$). Analizlere dâhil edilen bireyler arasında sosyal güvence kapsamında olmayan katılımcılara göre sosyal güvencesi olan katılımcıların kolesterol ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Medeni durum açısından kolesterol ölçtürme düzeyi incelendiğinde, bekarlara kıyasla evlilerin daha fazla kolesterol ölçtürdüğü sonucu elde edilmesine rağmen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde, sosyal destek anlamında güvенеbileceği herhangi bir yakını olmayan katılımcılarla kıyaslandığında 1 veya 2 yakını olan ve 3 veya daha fazla sayıda yakınından sosyal destek sağlayabilen katılımcıların daha fazla kolesterol ölçtürdüğü tespit edilmesine rağmen elde edilen odds oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5'te kan şekeri ölçtürme ve belirleyicilerine yönelik analiz sonuçları yer almaktadır. Tabloya göre katılımcıların %88,9'u kan şekeri ölçtürmüştür. Ki-kare analizleri, 45 yaş ve üzerindeki katılımcıların kan şekeri ölçtürme durumlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur ($p\leq 0,05$). Fiziksel aktivite değişkeni kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetlerine

Tablo 4. Kolesterol Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Analizler

Bağımsız Değişkenler	Evet (n=9450; %83,7)		Hayır (n=1834; %16,3)		Ki-Kare Analizi		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	n	%	n	%	χ ²	p	OR	[%95 GA]	p
Cinsiyet									
Erkek	4000	78,2	1113	21,8	208,91	<0,001	Ref.		
Kadın	5450	88,3	721	11,7			2,29	[2,04-2,56]	<0,001
Yaş									
18-24	*	*	*	*	368,42	<0,001			
25-34	*	*	*	*					
35-44	2567	75,6	828	24,4			Ref.		
45-54	2387	81,8	531	18,2			1,46	[1,28-1,66]	<0,001
55-64	2200	87,5	313	12,5			2,23	[1,92-2,60]	<0,001
≥65	2296	93,4	162	6,6			4,60	[3,77-5,61]	<0,001
Eğitim Durumu									
Eğitim almayanlar	1680	87,4	243	12,6	37,62	<0,001	Ref.		
İlköğretim	5078	82,3	1093	17,7			1,56	[1,31-1,85]	<0,001
Lise ve önlisans	1711	83,0	351	17,0			2,30	[1,87-2,83]	<0,001
Lisans ve lisansüstü	981	87,0	147	13,0			3,44	[2,68-4,42]	<0,001
Medeni Durum									
Bekar	1829	87,5	261	12,5	26,71	<0,001	Ref.		
Evli	7621	82,9	1573	17,1			1,07	[0,91-1,24]	0,37
Sağlık Statüsü									
İyi	4047	77,5	1177	22,5	298,46	<0,001	Ref.		
Orta	3783	87,9	520	12,1			1,78	[1,58-2,00]	<0,001
Kötü	1620	92,2	137	7,8			2,52	[2,06-3,08]	<0,001
Fiziksel Aktivite									
Evet	518	84,4	96	15,6	0,18	0,670	1,27	[1,00-1,62]	0,043
Hayır	8932	83,7	1738	16,3			Ref.		
Sosyal Destek									
Yok	496	80,3	122	19,7	11,68	0,003	Ref.		
1-2 kişi	3475	82,9	718	17,1			1,08	[0,86-1,36]	0,471
3 kişi ve üzeri	5479	84,6	994	15,4			1,20	[0,96-1,50]	0,09
Sosyal Güvence									
Var	8980	84,6	1636	15,4	93,49	<0,001	1,70	[1,41-2,05]	<0,001
Yok	470	70,4	198	29,6			Ref.		
Nagelkerke R ² :0,129; Hosmer Lemeshow: 12,798 p: 0,11 Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %83,8									

*İlgili yaş grubu açısından incelenmemiştir.

Analiz sonuçlarının istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak belirlenmiştir. Ayarlanmış Olasılık oranları (AOR) ve %95 güven aralıkları (GA) hesaplanmıştır.

Ref: Referans kategori, ilgili hizmeti daha az kullanan kişiler olarak seçilmiştir.

Tablo 5. Kan Şekeri Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Analizler

Bağımsız Değişkenler	Evet (n=7015; %88,9)		Hayır (n=874; %11,1)		Ki-Kare Analizi		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		
	n	%	n	%	χ ²	p	AOR	[%95 GA]	p
Cinsiyet									
Erkek	3003	84,4	557	15,6	137,37	<0,001	Ref.		
Kadın	4012	92,7	317	7,3			2,37	[2,01-2,79]	<0,001
Yaş									
18-24	*	*	*	*	131,34	<0,001	*		
25-34	*	*	*	*			*		
35-44	*	*	*	*			*		
45-54	2461	84,3	457	15,7			Ref.		
55-64	2239	89,1	274	10,9			1,44	[1,21-1,70]	<0,001
≥65	2315	94,2	143	5,8			2,74	[2,20-3,41]	<0,001
Eğitim Durumu									
Eğitim almayanlar	1577	92,2	134	7,8	48,08	<0,001	Ref.		
İlköğretim	3942	87,2	581	12,8			1,25	[1,00-1,56]	0,04
Lise ve önlisans	980	88,5	127	11,5			1,82	[1,36-2,43]	<0,001
Lisans ve lisansüstü	516	94,2	32	5,8			4,27	[2,78-6,56]	<0,001
Medeni Durum									
Bekar	1503	92,3	126	7,7	23,30	<0,001	Ref.		
Evlü	5512	88,1	748	11,9			1,06	[0,85-1,31]	0,57
Sağlık Statüsü									
İyi	2486	82,7	520	17,3	196,22	<0,001	Ref.		
Orta	3046	92,0	264	8,0			2,17	[1,84-2,55]	<0,001
Kötü	1483	94,3	90	5,7			2,81	[2,19-3,61]	<0,001
Fiziksel Aktivite									
Evet	280	89,2	34	10,8	0,02	0,885	1,16	[0,79-1,70]	0,44
Hayır	6735	88,9	840	11,1			Ref.		
Sosyal Destek									
Yok	351	83,6	69	16,4	18,34	<0,001	Ref.		
1-2 kişi	2561	88,2	344	11,8			1,34	[0,99-1,80]	0,051
3 kişi ve üzeri	4103	89,9	461	10,1			1,64	[1,23-2,20]	<0,001
Sosyal Güvence									
Var	6746	89,3	809	10,7	24,87	<0,001	1,59	[1,18-2,14]	0,002
Yok	269	80,5	65	19,5			Ref.		
Nagelkerke R ² :0,116; Hosmer Lemeshow: 11,132 p: 0,19 Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %88,9									

*İlgili yaş grubu açısından incelenmemiştir.

Analiz sonuçlarının istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak belirlenmiştir. Ayarlanmış Olasılık Oranları (AOR) ve %95 güven aralıkları (GA) hesaplanmıştır. Ref: Referans kategori, ilgili hizmeti daha az kullanan kişiler olarak seçilmiştir.

yönelik yürütülen Ki-Kare testlerinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermemesine karşın, çalışma kapsamına alınan tüm koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik karşılaştırmalar yapılabilmesi için çoklu lojistik regresyon modellerine dahil edilmiştir.

Yürütülen çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda kadın katılımcıların daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kan şekeri ölçtürme oranı yaş arttıkça artmıştır ve ulaşılan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bireylerin eğitim düzeyleri ile kan şekeri ölçtürme davranışı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p\leq 0,05$). Sağlık statüsü de kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımını etkilemiştir. Bireylerin sağlık statüsü kötüleştiçe kan şekeri ölçtürme oranı artmıştır ($p\leq 0,05$). Herhangi bir sosyal desteği olmayan katılımcılar ile kıyaslandığında 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olan katılımcıların; SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olmayanlara kıyasla sosyal güvenceye sahip olan katılımcıların daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü tespit edilmiş ve ulaşılan bulgular istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p\leq 0,05$).

Araştırmanın diğer değişkenleri olan medeni durum ve fiziksel aktivitenin kan şekeri ölçtürme üzerindeki etkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmamasına ($p>0,05$) rağmen evlilerin bekarlara göre ve fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, temel olarak Türkiye’de yaşayan bireylerin tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinde bireysel, toplumsal ve sistemsel faktörlerin oluşturduğu etkileri ortaya koymak ve bireylerin bu hizmetleri kullanma düzeyini incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın belirtilen amaçları doğrultusunda yürütülen analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre cinsiyet değişkeni koruyucu sağlık hizmetleri

kullanımının önemli bir belirleyicisidir. Kadınların tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir. Bu sonuç, literatürde yapılan birçok çalışmadan elde edilen sonuçlarla tutarlıdır (11, 15, 22). Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla tansiyon, kan şekeri ve kolesterol ölçtürdüğü tespit edilmiştir (11). Ulaşılan diğer bazı çalışmalar ise (14, 23) bu çalışmanın aksine cinsiyet faktörünün kolesterol ve kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını ortaya koymuştur. Çalışma sonucunda elde edilen bir diğer önemli bulguya göre yaşlanma ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanıma olasılığını arttıran bir faktör olmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda bu bulgunun desteklendiği görülmektedir (11, 19, 24). Cheah ve Lim (2015) tarafından Malezya’da yürütülen bir çalışmada, yaşlı bireylerin kan şekeri ölçtürme olasılığının gençlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin eğitim düzeyi arttıkça tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme ve kan şekeri ölçtürme oranı da artmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (16, 23, 25-28). Örneğin, Çin’de yapılan bir çalışmada, kan şekeri ölçtürme olasılığı eğitim almayanlara kıyasla lise ve üstü eğitim derecesine sahip olan bireylerde 1.46 kat daha yüksek bulunmuştur (27). Medeni durum değişkeninin ise yalnızca tansiyon ölçtürme davranışında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ortaya koyduğu saptanmıştır. Bekar bireylere kıyasla evli bireyler daha fazla tansiyon ölçtürmüştür. Benzer şekilde Benjamins ve diğerleri (2004), yürüttüğü çalışmada evli bireylerin tansiyon ölçtürme oranının bekarlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bireylerin kan şekeri ölçtürme ve kolesterol ölçtürme kararlarında medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemiştir. Literatürde, çalışmanın bu bulgularını destekleyen (18) ve farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar (11, 22) mevcuttur. Örneğin Nguyen ve diğerleri (2021), evli olmanın bireylerin kan şekeri ölçtürmelerini anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilediğini ortaya koymuştur (11). Bu

farklılığın, bu çalışmaya dâhil edilen örneklemin 45 yaş ve üstü olmasına karşın Nguyen ve diğerlerinin çalışmasına 18 yaş ve üstü katılımcıları dâhil etmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlar, algılanan sağlık statüsünü iyi olarak belirten katılımcılara kıyasla sağlık statüsü orta ve kötü düzeyde olan katılımcıların daha fazla tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürdüğünü göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda (23, 27, 29-31) bu bulgunun desteklendiği görülmüştür. Örneğin, Diederichs ve Neuhauser (2019) tarafından Almanya’da yapılan çalışmada tansiyon ölçtürmeme durumu sağlık statüsü iyi ve çok iyi olan bireylerde 2.9 kat daha yüksek bulunmuştur (31). Katılımcılar arasından fiziksel aktivite yapanlar yapmayanlara kıyasla daha fazla tansiyon ve kolesterol ölçtürmüştür. Benzer şekilde, Teshemo ve diğerleri (2018) gerçekleştirdiği çalışma sonucunda tansiyon ölçtürmenin fiziksel aktivite yapan katılımcılarda daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (19). Al-Hachim (2017) çalışmasında fiziksel aktivite yapan bireyleri daha fazla kolesterol ölçtürme ile ilişkilendirmiştir ancak sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır (18). Bu çalışmadan elde edilen bir diğer sonuca göre, fiziksel aktivite değişkeni bireylerin kan şekeri ölçtürme kararlarını istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilememektedir. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda (18, 23, 31, 35) araştırmaya ilişkin bu bulgu desteklenmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde yürütülen bir çalışmada, fiziksel aktivite durumunun bireylerin kan şekeri ölçtürme davranışlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediği tespit edilmiştir (18). Sosyal destek değişkeni açısından değerlendirildiğinde, sosyal desteği olmayan katılımcılara kıyasla üç veya daha fazla kişiden sosyal destek sağlayabilen katılımcıların tansiyon ve kan şekeri ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Ulaşılan bu sonuç literatürde yapılan diğer çalışmalardan (24, 32, 36) elde edilen sonuçlarla tutarlıdır. Ancak sosyal destek değişkeni, bireylerin kolesterol ölçtürme durumlarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir. Benzer şekilde, Al-

Hachim (2017) çalışmasında, bu çalışma bulgularını destekleyecek şekilde sosyal desteğin katılımcıların kolesterol ölçtürme kararlarını etkilemediğini ortaya koymuştur (18). Sosyal güvencesi olmayan bireylere kıyasla SGK bünyesinde sosyal güvencesi olan bireylerin tansiyon, kan şekeri ve kolesterol ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, yürütülen bazı çalışmalardan (21, 22, 26, 33) ulaşılan sonuçları desteklerken bazı çalışmalarda bu çalışmanın aksine sosyal güvencenin tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ortaya koyulmuştur. Örneğin, Bloodworth ve diğerlerinin (2018) Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı çalışmada, Medicaid kapsamının genişletilmesinin bireylerin tansiyon ölçtürmeleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür (34). Yazar bu farklılığın, kapsamın genişletilmesi sonucunda uzun bekleme sürelerinin oluşması gibi bazı erişim engellerine de neden olmasından kaynaklandığını belirtmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde nüfusun hızla yaşlanması, kronik hastalık yükünün giderek daha belirgin hissedilmesi, maliyetlerin sağlık sistemlerini zorlaması ve bireyler açısından elde edilen sağlık çıktısı beklentilerinin de sürekli olarak artması koruma yaklaşımının önemini pekiştirmektedir. Koruyucu yaklaşım, bireylerin daha proaktif bir tutum benimsemesini ve hastalandıktan sonra tedavi olmayı değil hastalık ortaya çıkmadan önlem almayı tercih etmesini içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri potansiyel sorunları gerçek sorunlara dönüşmeden tespit etmeyi ve ortadan kaldırmayı hedefleyen; hastalık, sakatlık ve ölüm risklerini azaltan; özellikle yaşlanmanın getirdiği kronik hastalıkların etkisini en aza indirebilen ve bireylerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilen faydalı hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli olarak ve etkin bir şekilde kullanılması toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için önem taşımaktadır. Maliyetler açısından ele alındığında ise, koruyucu sağlık

hizmetlerinin tedavi hizmetlerinden çok daha ucuz olması nedeniyle hem birey hem ülke sağlık sistemi açısından ortaya çıkabilecek yüksek finansal risklerden korunmada kritik bir konumda olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmasının ülkenin büyüme, gelişmişlik ve kalkınmışlık düzeyine etki eden önemli ölçütlerden biri olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin bilinirliğini ve Türkiye’de yaşayan bireylerin bu hizmetleri kullanma oranını artırmak önem arz etmektedir.

Bu çalışma, Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme ve kan şekeri ölçtürme) kullanma düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya konması ile birlikte uluslararası karşılaştırmalara imkân sağlama; koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığın artırılması yoluyla bu hizmetlerin kullanımını artırma ve kullanımı teşvik etme konusunda yürütülen politikaların gözden geçirilmesi bakımından önem taşımaktadır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ulaşılan değerlendirmeler ve öneriler şu şekildedir:

- Çalışma sonucunda kadınların tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme oranının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınların üreme biyolojileri, hastalanma oranları, hastalıklara karşı algıları ve tutumları genellikle erkeklerden farklı olduğu için koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular da bu beklentiyi desteklemiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin her iki cinsiyet tarafından da kullanım oranının artırılması amacıyla teşvik politikalarının uygulanması önerilebilir.
- Yaşlanma nedeniyle sağlık sorunlarının artması neticesinde bireylerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullanması beklenen bir durumdur. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini (tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme ve kan şekeri ölçtürme) kullanma davranışları yaş değişkeninden istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilenmektedir. Yüksek kan şekeri, hipertansiyon ve hiperkolesteroleminin özellikle risk

altındaki ve dezavantajlı gruplar için bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri olması ve yaşlıların dezavantajlı bir grup olmaları nedeniyle hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis edilmesi daha fazla önem taşımaktadır. Ancak bu hizmetlerin koruyucu anlamda teşvik edilmesindeki temel amaç, bireylerin yaşlandıkça daha fazla kullanmasından ziyade önerilen yaş grupları içerisindeki bütün bireylerin yüksek oranda kullanımını sağlayarak erken teşhis ve tedavi hizmetlerinden faydalanmalarına olanak tanımaktır. Bu nedenle, bütün yaş grupları için bu hizmetlerin kullanımını olumlu yönde etkileyecek politikaların belirlenmesi faydalı olabilir. Örneğin, çeşitli politik düzenlemeler ile kapsam içindeki nüfusa koruyucu sağlık hizmetlerinin SGK bünyesinde karşılandığına ve hangi yaş gruplarında hangi aralıklarla kullanılması gerektiğine ilişkin bilgilendirmeler yapılabilir ve sürecin takibi sağlanabilir.

- Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evliliğin bireylerde oluşturduğu sorumluluk duygusu ve eşlerin birbirlerine sağlayabileceği desteğin etkisi düşünüldüğünde, evli bireylerin bekar bireylere kıyasla koruyucu sağlık hizmeti kullanma olasılığının daha yüksek olması beklenmektedir. Çalışma sonucundan elde edilen bulgular da tansiyon ölçtürme hizmeti için bu beklentiyi desteklemiştir. Bu doğrultuda tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmetinin bekar bireyler tarafından da kullanım oranının artırılması amacıyla teşvik politikalarının uygulanması önerilebilir.

- Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde, incelenen hizmetleri kullanmayan bireyler arasında, hiç eğitim almayanların oranının yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle, eğitim düzeylerinin ve sunulan eğitim hizmetlerinin kalitesinin artırılması aynı zamanda bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranını da artıracak düşünülebilir. Eğitim niteliğinin, niceliğinin ve düzeylerinin artması neticesinde sağlık okuryazarlığının ve bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri farkındalığının yükseltilmesi sağlanabilir.

- Algıladığı sağlık statüsü “orta” ve “kötü” düzeyde olan bireylerin sağlık sistemiyle temasının

daha yüksek olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalıklarının daha fazla olması ve bu hizmetleri kullanma olasılıklarının yüksek olması beklenen bir durumdur. Bireylerde genellikle, hastalığın algılanması sonrasında sağlık hizmeti kullanma talebi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular da bu beklentiyi desteklemektedir. Ancak, koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacının hastalık ortaya çıkınca ya da sağlık durumu kötüleşince başvurmak değil; hastalık ortaya çıkmadan önlem almak ve hastalığın etkilerini sınırlamak olması nedeniyle daha çok sağlık statüsü iyi olan bireylerin bu hizmetleri kullanmasının bireylerin yaşam kalitesini artıracağı ve ileriki aşamalarda sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle topluma koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin belirli aralıklarla eğitimler düzenlenmesi ve bireylerin hastalıkları yönetme konusunda farkındalığının artırılması sağlanmalıdır. Buna ek olarak, sunulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesinin bireyin herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissetmeden önce sağlık kurumuna başvurma kararını değiştirebileceği düşünüldüğünde, bu faktörlerin iyileştirilmesinin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını artıracığı düşünülmektedir.

- Sağlık davranışı açısından fiziksel aktivite değişkeninin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme) kullanımında etkili olduğu saptanmıştır. Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması amacıyla sağlığı geliştirme merkezlerinin sayısının artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılarak daha kaliteli ve etkili bir hizmet sunumunun sağlanması, hizmet sunum ekibine fizyoterapist, diyetisyen gibi tıbbi destek çalışanlarının dâhil edilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın artırılması) ve toplumun fiziksel aktivite farkındalık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

- Sosyal destek, bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kan şekeri ölçtürme)

kullanma kararında etkili olan faktörlerden biridir. Eşlerden, ailelerden ya da arkadaş çevresinden sosyal destek sağlayamamanın koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını engellediği düşünüldüğünde, bu kesime yönelik politikalar geliştirilebilir. Örneğin, sağlık kurumuna gidemeyen ve dezavantajlı grupta yer almayan bireylere yönelik evde sağlık hizmetlerinin artırılması yönünde düzenlemeler yapılabilir. Buna ek olarak, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık profesyoneli çeşitliliğinin artırılması ve sağlık personelinin bu yöndeki tutum ve davranışının iyileştirilmesi sayesinde toplumun duygusal destek ve bilgi desteği farkındalık düzeylerinin artırılması sağlanabilir.

- Sağlık hizmetlerine erişim anlamında önem arz eden sosyal güvence durumunun bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme ve kan şekeri ölçtürme) kullanma davranışı ile doğrudan ilişkisi bulunmaktadır. Bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını teşvik etmenin en önemli yollarından biri, bu hizmetlerin nüfusun tamamına ücretsiz olarak sunuluyor olmasıdır. Türkiye’de yaşayan bireylerin çok büyük bir kısmı SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olmasına karşın koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde genel sağlık sigortası kapsamında olmayan kesime yönelik alternatif politikalar planlanmasının önemli bir husus olduğu düşünülmektedir.

- Bu önerilerin hayata geçirilmesinde Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Millî Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, basın ve yayın kuruluşları, sivil toplum örgütleri, yerel yönetimler ve uluslararası sağlık örgütleri ile iş birliği halinde çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

- İleriki çalışmalarda bu çalışma kapsamına alınmayan alkol tüketim durumu, tütün tüketim durumu, meyve ve sebze tüketimi, kişi başına düşen hekim sayısı gibi faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını üzerindeki etkisinin incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, ikincil verilerin kullanılması nedeniyle çalışmanın bu veriler çerçevesinde şekillenme kısıtlılığı söz konusudur. İkincisi, çalışma, Türkiye Sağlık Araştırması soru formunda Koruyucu Hizmetler başlığı altında yer alan üç koruyucu sağlık hizmeti ile sınırlandırılmıştır. Diğer koruyucu sağlık hizmetleri dâhil edilememiştir. Üçüncüsü, soru formunda yer alan bazı soruların (gelir durumu gibi) katılımcıların büyük bir bölümü tarafından yanıtlanmaması nedeniyle bu değişkenlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi incelenememiştir. Dördüncüsü, çalışma sadece tek bir yılın verileri üzerinden yürütülmüştür. Beşincisi, çalışmaya dahil edilen katılımcıların çalışma öncesinde kronik hastalık tanısı alıp almadıklarının ayrımı yapılamamaktadır.

ETİK KURUL ONAYI

* Bu çalışma, etik kurul onayı gerektirmemektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. WHO. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization. 2023
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve ölüm nedenleri istatistikleri, 2023: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-2024a> (Erişim Tarihi: 28.08.2024).
3. Shields SD. Considering the use of preventive health care: the lived experience of african american men. Doktora Tezi. University of Phoenix, PhD Nursing, 2016.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2023: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslılar-2023-2024b](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-2024b) (Erişim Tarihi: 21.08.2024).
5. Park J, Kahng SK. Factors associated with the preventive healthcare service use among older adults in Korea: focusing on age variation. Asian Soc Work Policy Rev, 2021; 15: 24-34.
6. Jamoulle M. The four duties of family doctors: quaternary prevention - first, do no harm. Hong Kong Pract, 2014; 36(6): 1-6.
7. Ursoniu S. Primordial prevention, developing countries and the epidemiological transition: thirty years later. Perspective, 2009; 121: 168-172.
8. British Columbia Ministry of Health Services. A framework for core functions in public health https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf 2005 (Erişim Tarihi: 25.08.2021).
9. WONCA International Classification Committee. WONCA International Dictionary For General/ Family Practice. 1995
10. Outwater AH, Leshabari SC, Nolte E. Disease Prevention: An Overview. In: Quah SR, Cockerham WC. eds. The International Encyclopedia of Public Health. 2nd edition. Oxford: Academic Press, 2017: 338-49.
11. Nguyen T, Barefield A, Nguyen GT. Social determinants of health associated with the use of screenings for hypertension, hypercholesterolemia, and hyperglycemia among american adults. Med Sci, 2021; 9: 19.

12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması: 2019 Mikro Veri Seti. <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/turkiye-saglik-arastirmasi.pdf> 2020. (18.10.2021 tarihinde erişilmiştir).
13. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara: TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı. 2015
14. Cheah Y, Tang CF. Factors influencing the use of preventive medical care in Malaysia: evidence from national health and morbidity survey data. *Asian Econ J*, 2017; 31(2): 119-37.
15. Vaidya V, Partha G, Karmakar M. Gender differences in utilization of preventive care services in the United States. *J Womens Health*, 2012; 21(2): 140-5.
16. Lee YH, Chiang T, Liu CT. Residents' educational attainment and preventive care utilization in China. *Int J Health Care Qual Assur*, 2018; 31(1): 41-51.
17. Rotarou ES, Sakellariou D. Determinants of utilisation rates of preventive health services: evidence from Chile. *BMC Public Health*, 2018; 18: 839.
18. Al-Hachim S. Barriers to preventive healthcare for immigrants in Michigan. Doktora Tezi. Walden University, College of Health Sciences, 2017.
19. Teshemo DF, Demssie AF, Zeleke BM. Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients in northwest Ethiopia. *Plos One*, 2018; 2: 1-11.
20. Benjamins MR. Social determinants of preventive service utilization how religion influences the use of cholesterol screening in older adults. *Res Aging*, 2005; 27 (4): 475-98.
21. Rivera-Hernandez M, Galarraga O. Type of insurance and use of preventive health services among older adults in Mexico. *J Aging Health*, 2015; 27(6): 962-82.
22. Benjamins MR, Kirby JB, Bond Huie SA. County characteristics and racial and ethnic disparities in the use of preventive services. *Prev Med*, 2004; 39:704-12.
23. Carrieri V, Wuebker A. Assessing inequalities in preventive care use in Europe. *Health Policy*, 2013;113:247-57.
24. Cheah YK, Lim HK. Socioeconomic and lifestyle determinants of blood glucose screening in Malaysia. *Asian Biomed*, 2015; 9(5): 683-90.
25. Ahmad K, Jafar TH. Prevalence and determinants of blood pressure screening in Pakistan. *J Hypertens*, 2005; 23(11): 1979-83.
26. Robbins C, Dietz PM, Bombard JM, Gibbs F, Ko JY, Valderrama AL. Blood pressure and cholesterol screening prevalence among U.S. women of reproductive age opportunities to improve screening. *Am J Prev Med*, 2011; 41(6): 588-59.
27. Raoufi AM, Tang X, Jing Z, Zhang X, Xu Q, Zhou C. Blood glucose monitoring and its determinants in diabetic patients: a cross-sectional study in Shandong, China. *Diabetes Ther*, 2018; 9: 2055-66.
28. Rodin D, Stirbu I, Ekholm O, Dzurova D, Costa G, Mackenbach JP. et al. Educational inequalities in blood pressure and cholesterol screening in nine European countries. *J Epidemiol Community Health*, 2012; 66:1050-1055.
29. Jahangir E, Irazola V, Rubinstein A. Need, enabling, predisposing, and behavioral determinants of access to preventative care in Argentina: analysis of the National Survey of Risk Factors. *Plos One*, 2012; 7(9): 1-6.
30. Wu S. Sickness and preventive medical behavior. *J Health Econ*, 2003; 22: 675-89.
31. Diederichs C, Neuhauser H. The frequency and determinants of blood pressure measurement by a health professional in Germany. *Medicine*, 2019; 98:16-25.
32. Obi IR, Obi KM, Seer-Uke EN, Onuorah SI, Okafar NP. Preventive health care services utilization and its associated factors among older adults in rural communities in Anambra State, Nigeria. *Pan Afr Med J*, 2021; 39: 83-94.
33. Brown DW, Giles WH, Greenlund KJ, Croft JB. Disparities in cholesterol screening: falling short of a national health objective. *Prev Med*, 2001; 33: 517-22.
34. Bloodworth R, Chen J, Mortensen K. Variation of preventive service utilization by state Medicaid coverage, cost-sharing, and Medicaid expansion status. *Prev Med*, 2018; 115: 97-103.
35. Hoeck S, Heyden JV, Geerts J, Hal GV. Preventive care use among the Belgian elderly population: does socio-economic status matter? *International J Environ Res Public Health*, 2014; 11: 355-72.
36. Nyaaba GN, Stronks K, Meeks K, Beune E, Owusu Dabo E, Addo J. et al. Is social support associated with hypertension control among Ghanaian migrants in Europe and non migrants in Ghana? The RODAM study. *Intern Emerg Med*, 2019.