

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ VE
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI**

Ali Mesut TEMİZER

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Gamze VAROL

2019

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ VE
SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Ali Mesut TEMİZER

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: DOÇ. DR. GAMZE VAROL

TEKİRDAĞ-2019

Her hakkı saklıdır

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

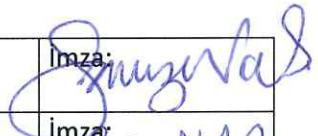
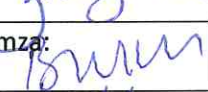

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

12/06/2019

Ali Mesut TEMİZER

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ali Mesut TEMİZER tarafından hazırlanan NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca 12.06.2019 günü saat 13:00'da yapılmış olup, tezin kabul edilmesine OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Gamze VAROL	Kanaat: Başarılı	İmza: 
Üye:	Prof. Dr. Burcu TOKUÇ	Kanaat: Başarılı	İmza: 
Üye:	Doç. Dr. Dumrul GÜLEN	Kanaat: Başarılı	İmza: 

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu adına

12.../06/2019

Prof. Dr. Rasim YILMAZ

Enstitü Müdürü



ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında yardımını, bilgisini, ilgisini ve sabrını esirgemeyen, tecrübelerinden azami ölçüde yararlandığım rehberliği ile yolumu aydınlatan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gamze VAROL hocama teşekkürü bir borç bilirim.

Araştırmam için neredeyse hemen her konuda yardımını esirgemeyen Öğr. Gör. Yücel BULUT'a da ayrıca teşekkür ederim.

Son olarak, ferdi olmaktan gurur duyduğum haklarımı asla ödeyemeyeceğim kıymetli aileme, öğrencilik hayatım sürecinde her türlü sabır ve anlayışı göstererek maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan annem Hanife TEMİZER ve babam Cemal TEMİZER'e, kardeşlerim Burak TEMİZER ve Beyza Nur TEMİZER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ali Mesut TEMİZER

ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
ABD Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Tez Başlığı : Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde
Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımı
Tez Yazarı : Ali Mesut TEMİZER
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Gamze VAROL
Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2019
Sayfa Sayısı : 107

Bu çalışma, Namık Kemal Üniversitesi (NKÜ)'nde eğitim gören sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık hizmeti kullanımları ve bu hizmeti nerelerden karşıladıkları, algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi düzeyleri ile bu kavramların demografik faktörler ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Kesitsel tipte yapılan bu çalışmada iki adet veri toplama formu kullanılmıştır. İlki araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda yapılandırılmış olan, katılımcıların demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, öğrenim gördüğü birim, bölüm ve sınıf) ve sağlık hizmeti kullanımlarının belirlenmesi için toplam 35 sorudan oluşan soru formu ikincisi ise sağlık hizmetlerine uyarlanmış geçerlilik ve güvenilirliği Babakus ve Mongold (1992) tarafından yapılmış ve Devedakan (2001) tarafından Türkçe'ye geçerliliği tamamlanmış 30 sorudan oluşan SERVQUAL: Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Gerçekleştirilen anket çalışması sonuçlarında; öncelikle tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde parametrik varsayımların yerine geldiği durumlarda Student t, tek yönlü varyans analizi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi uygulanmıştır. Veriler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti Kullanımı, SERVQUAL, Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi

ABSTRACT

Institution, Institute : Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of
Social Sciences
Department : Department of Health Management
Title : Perceived Health Care Quality and Health Service
Utilization in Health Sciences Students of Namık
Kemal University
Author : Ali Mesut TEMİZER
Adviser : Assoc. Prof. Gamze VAROL
Type of Thesis, Year : MA Thesis, 2019
Total Number of Pages : 107

In this study, it is aimed to determine the health service utilization of health sciences students in Namık Kemal University (NKU) and the health service quality levels they perceived from these services and the relationship between these concepts and demographic factors. In this cross-sectional study, two data collection forms is used. The first one is a questionnaire consisting of a total of 35 questions to determine the demographic characteristics of the participants (age, gender, unit of study, department and class) and health services, which are structured in accordance with the literature by the researchers, and the second one is the validity and reliability of health services adapted to Babakus and Mongold (1992). made by and Devebak (2001) completed by Turkish validity of the SERVQUAL consists of 30 questions: Perceived Health Service Quality scale is used. In the results of the survey conducted; Firstly, descriptive statistics is used. In comparative analyzes, Student t, one-way analysis of variance and Chi-square analysis is used to compare categorical variables. Data is evaluated at 95% confidence interval.

Keywords: Health Service Utilization, SERVQUAL, Perceived Health Service Quality

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR.....	xi
GİRİŞ	1
GENEL KAVRAMLAR.....	2
1. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI	2
1.1. Çevre	5
1.2. Yaşam Tarzı.....	6
1.3. Kalıtım.....	6
1.4. Sağlık Hizmetleri	7
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	8
1.4.1.1. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.4.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler	10
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	13
1.5. Sağlık Hizmeti Kullanımı.....	14
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	26
2.1. Hizmet Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	26
2.2. Hizmet Kalitesi ve Boyutları	28
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ölçülmesi.....	32

3. YÖNTEM VE GEREÇ.....	35
3.1. Veri Toplama Araçları	36
3.2. Evren ve Örneklem	40
3.3. Veri Analizi	40
3.4. Bulgular	41
4. TARTIŞMA.....	60
5. SONUÇ.....	68
6. ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKÇA.....	72
8. EKLER	82
9. ÖZGEÇMİŞ	94

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Tedavi edici sağlık hizmeti kullanımı etkileyen etmenler	18
Tablo 2: Muayene katılım payı tablosu.....	24
Tablo 3: Katılımcıların SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin ortalama değerleri, 2017-Tekirdağ.....	44
Tablo 4: Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin ortalama değerleri, 2017-Tekirdağ.....	46
Tablo 5: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin ortalama değerleri, 2017-Tekirdağ.....	48
Tablo 6: Ortalama kalite hizmet beklentisi ile ortalama kalite hizmet algısı ilişkisi, 2017-Tekirdağ	49
Tablo 7: Algılanan ve beklenen kalite hizmet boyutları ile öğrenim birimi ilişkisi, 2017-Tekirdağ	49
Tablo 8: SERVQUAL ölçeği algılanan ve beklenen kalite hizmet boyutu ortalama değerlerinin cinsiyete ile ilişkisi, 2017-Tekirdağ	51
Tablo 9: Sorular ve Kalite Boyutları Temelinde SERVQUAL Skorları, 2017-Tekirdağ	52
Tablo 10: Aile hekimliği için kalite hizmet boyutları analizi, 2017-Tekirdağ.....	53
Tablo 11: Devlet Hastanesi için kalite hizmet boyutları analizi, 2017- Tekirdağ... ..	54
Tablo 12: Özel Hastaneler için kalite hizmet boyutları analizi, 2017-Tekirdağ	54
Tablo 13: Üniversite hastaneleri için kalite hizmet boyutları analizi, 2017-Tekirdağ	55

Tablo 14: Kalite hizmet boyutları ile öğrenim birimi analizi, 2017-Tekirdağ..... 55

Tablo 15: Kalite hizmet boyutları ile cinsiyet analizi, 2017-Tekirdağ 57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler (Blum Modeli).....	5
Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	8
Şekil 3: Sağlık Hizmeti Kullanım Süreci.....	15
Şekil 4: Sağlıkta Kalitenin 3 Temel Faktörü	29
Şekil 5: Katılımcıların cinsiyet dağılımı, 2017-Tekirdağ	41
Şekil 6: Katılımcıların okuduğu okullar, 2017-Tekirdağ.....	42
Şekil 7: Katılımcıların okuduğu sınıflar , 2017-Tekirdağ.....	42
Şekil 8: Katılımcıların okuduğu bölümler, 2017-Tekirdağ.....	43
Şekil 9: Katılımcıların “Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda ilk olarak nereye başvurursunuz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı, 2017-Tekirdağ	59
Şekil 10: Katılımcıların “Sevk zinciri nedir biliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı, 2017-Tekirdağ.....	59

KISALTMALAR

M.Ö	: Milattan önce
İHEB	: İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
IOM	: Institute of Medicine
NKÜ	: Namık Kemal Üniversitesi
YO	: Yüksekokul
SYO	: Sağlık Yüksek Okulu
MYO	: Meslek Yüksekokulu
SHMYO	: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

GİRİŞ

Ülkelerin sağlık sistemi kendi tarihleri, kültürleri, ekonomik ve toplumsal yapılarına göre gelişmektedir. Bu sebeple her ülkenin kendi değerleri doğrultusunda kendisine özgü bir sağlık sistemi vardır. Günümüzde bir ülkenin toplumsal hizmetleri, o ülkenin gelişmişlik seviyesini belirlemektedir. Toplumsal hizmetlerin başında da “sağlık hizmetleri” gelmektedir.

Genelde sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmesi gereken bir hizmet olarak düşünülmüş ve hemen hemen her ülkede kamu hizmeti olarak sunulmuştur. Ancak 1970 ekonomik krizinden sonra dünyadaki sağlık sistemleri, neo-liberalizmin görülmeyen eli tarafından bir takım uluslararası örgütlerin de desteğiyle; kamu sağlık harcamalarının yüksek olması, kamusal sağlık sisteminin kalitesinin ve veriminin düşük olması gibi sebeplerle çeşitli reformlar adı altında yavaş yavaş dönüştürülerek tek düze hale getirilmeye çalışılmaktadır. Ülkemiz idarecileri de bu değişim rüzgarına kayıtsız kalamamış ve özel sektörü devlet eliyle destekleyerek rekabet ortamı yaratılmaya çalışılmıştır. Böylece artan rekabetle kurumların, hizmet kalitesini artırmaya yönelik çabalar harcayacağını öngören idarecilerimiz, devletin sağlık hizmetlerindeki rolü ve fonksiyonlarında önemli değişiklikler yapmışlardır.

Ülkemizde ve dünyada genç nüfus hızla artmaktadır. Toplumların geleceği için genç nüfusa yapılan yatırımlar verilen hizmetlerde oldukça önemlidir. Gençlerin eğitilmiş, sağlıklı ve üretken olması müreffeh bir toplum oluşturabilmek için önemlidir.

2017 yılında ülkemizde üniversitede öğrenim gören öğrencilerin sayısı Yükseköğretim Kurulu’na açıklanan rapora göre 7 milyon 198 bin 987 olup yükseköğrenim gören öğrenciler nüfusun %9.02’sini oluşturmaktadır.

Bu çalışmada 2016-2017 eğitim öğretim döneminde Namık Kemal Üniversitesi’nde Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık hizmeti kullanımları, algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi düzeyleri ile bu kavramların demografik faktörler ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

GENEL KAVRAMLAR

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI

Sağlık insanlık tarihi kadar eski bir konudur. İnsanoğlu var olduğundan beri gerek beslenmek, tehlikeden kaçınmak, acı dindirmek gerekse hayatta kalmak amacıyla bir takım güdüler doğrultusunda davranmaktadır. Bütün bu davranışların sonuçlarından birisi de sağlığı korumaktır (Akdur, 1999). Tarihteki ilk anayasa olma özelliğini de taşıyan Hammurabi kanunları M.Ö. 2000li yıllarda Babil Kralı Hammurabi tarafından oluşturulmuş ve bu kanunlarda sağlık konusuna da değinerek, hizmet veren hekimlerin sorumlulukları ve alacağı mükafatları belirlemiştir (Ersoy,1989).

II. Dünya Savaşı'nın ardından 10 Aralık 1948'de Paris'te gerçekleşen Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin (İHEB) 25. Maddesinde;

"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar."

denilerek sağlık bir hak olarak görülmüştür. Ayrıca sağlık hakkı, sosyal hakları düzenleyen ikinci kuşak insan haklarıyla birlikte, temel insan haklarından olan "yaşama hakkı" çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Günümüzde, ulusal ve uluslararası birçok hukuk kaynağında insan haklarına yer verildiği görülmektedir. Yer verilen bu haklar incelendiğinde de sağlık hakkının yerleşik bir insan hakkı olarak yer aldığı anlaşılmaktadır. Ülkemizde ise sağlık hakkı, 1961 anayasası ve 1982 anayasasında bireylere tanınan temel haklar arasında yer

almaktadır. Bu anayasal hakkın temeli ise uluslararası insan hakları hukukunun oluşturduğu sağlık hakkı normlarıyla oluşturulmuştur(Temiz,2014).

T.C.Anayasasınının 56. maddesinde sağlık hakkı ile ilgili şu hüküm yer almaktadır: *“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* Bu maddeden de anlaşılacağı üzere sağlığın bir hak olduğu anayasamızda belirtilmiş ve sağlık hakkı anayasal güvence altına alınmıştır.

Hastalık ve sağlık kavramları tıbbi sosyoloji alanında hala tartışılmakta olan konular olup, klasik tıp anlayışında sağlık kavramı biyolojik bir durumdur ve hastalık kavramı kişinin biyolojik yapısındaki bozulmalara verilen isimdir. Hastalık genellikle sağlığın olmayışı şeklinde tanımlanırken sağlık ise hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanır. Hastalık iki şekilde tanımlanır. Bunların ilki kişinin öz değerlendirmesi diğeri ise profesyonel değerlendirmedir. Öz değerlendirme kişinin kendi hastalığı ile yaptığı değerlendirmedir. Örneğin kişi başının ağrması sonucu bunu hastalık olarak algılayıp sağlık hizmetine ihtiyaç duyar. Ancak baş ağrısı her birey tarafından farklı şekillerde veya farklı şiddetlerde hastalık olarak algılanabilir. Kişinin algıladığı şey gerçekte bir hastalığın belirtisi olamayabilir. Burada devreye profesyonel değerlendirme girmektedir. Profesyonel değerlendirmede ise hekim uzmanlık bilgisini kullanarak laboratuvar test sonuçlarını ve muayene bulgularını yorumlayarak bir tanı koyar. Hekimin koyduğu bu tanı hastalık olarak adlandırılır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Kapsamlı bir sağlık tanımı geliştiren Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık tanımına sosyal ve psikolojik boyutları da ekleyerek “yalnızca hasta ya da sakat olmama değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyi olma hali” olarak sağlığa

yeniden ve kapsamlı bir tanım geliştirmiştir. Bu tanıma göre sağlık birden fazla boyuttan oluşan bir kavramdır ve sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak çok sayıda faktör etkilemektedir.

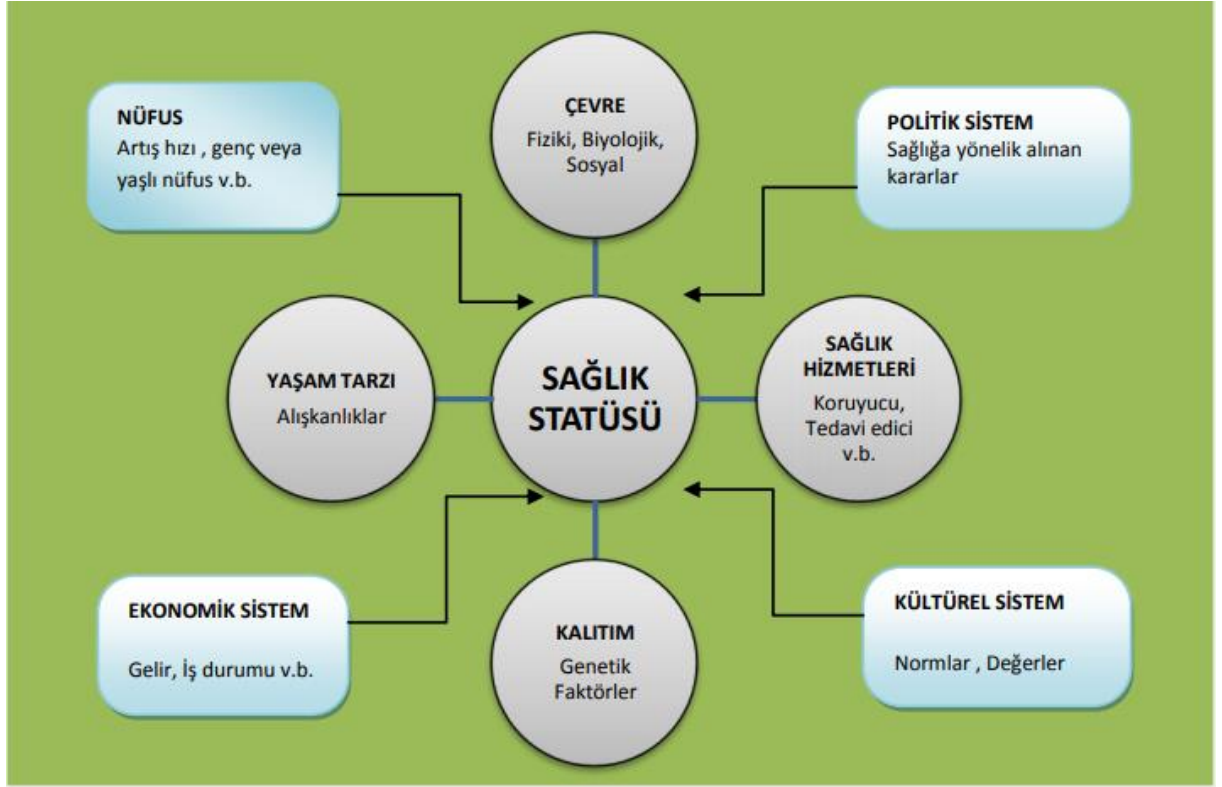
Henrick L. Blum'a göre (1974), bireyin sağlığına etki eden birçok faktör vardır. Ayrıca bu faktörler hem bireyin sağlığıyla hem de kendi aralarında sürekli bir etkileşim halindedir. Blum'un geniş perspektifle yaklaştığı bütüncül sağlık modelinde sağlık düzeyine etkileyen 4 faktör ana faktör vardır. Bunlar (Yüceler, 2011);

- evre,
- Yaşam Tarzı (Davranış),
- Sağlık Hizmetleri,
- Kalıtım (Genetik).

Blum'a göre bu faktörleri en fazladan en aza doğru sıraladığında ilk sırada "evre" faktörü yer alırken hemen ardından sırayla "Yaşam Tarzı", "Kalıtım" ve son olarakta "Sağlık Hizmetleri" gelmektedir.

Sağlığı etkileyen bu dört temel faktörün dışında politik sistem, ekonomik sistem, kültürel sistem, nüfus vb. gibi etkileri birbirinden farklı birçok unsur de bu faktörleri etkilemektedir.

Şekil 1: Sağlık Etkileyen Faktörler (Blum Modeli)



Kaynak: Önder, 2014.

1.1.Çevre

Çevre organizmaların yaşaması ve yaşamını devam ettirebilmesi için etkili olan dış güçlerin tümü olarak düşünülebilir. Çevre, içerisinde bireyin sağlığını doğrudan ve ya dolaylı etkileyen bütün faktörleri barındırmaktadır. Çevrenin 3 al türü vardır. Bunlar biyolojik çevre, fiziki çevre ve sosyal çevredir (Ceyhan,2007).

Biyolojik Çevre: Biyolojik çevre kısaca açıklanacak olursa etrafımızdaki tüm canlıları kapsayan çevre türüne biyolojik çevre denilebilir. Biyolojik çevre içerisine bitkiler ve hayvanlar girdiği gibi vektörler (eklem bacaklılar, kemiriciler vb.), Hastalıklara yol açan mikroorganizmalar da girmektedir.

Fiziki Çevre: Sağlık üzerinde etkisi oldukça önemlidir. Temiz ve dengeli olduğu durumlarda sağlığı olumlu olarak etkilerken, zararlı etkilerinin fazla olduğu durumlarda akut ya da kronik birçok hastalığa yol açabilmektedir. Fiziki çevre

içerisinde iklim, hava kirliliği, toprak yapısı, atıklar, doğal afetler, su kaynakları vb. gibi sağlığa etkisi olan birçok yer almaktadır.

Sosyal Çevre: Sosyal çevre daha çok bireyin içinde yer aldığı toplumun yapısıyla ilgili olan çevre türüdür. Sosyal çevre genel olarak nüfus artışı, yoksulluk, eğitim düzeyi, örf ve adetler gibi toplumsal demografik özellikler ve ekonomik koşullardan oluşur. Bireyin sağlığının hem bozulmasında hem de devam etmesinde sosyal çevre etki sahibi olabilir. Bu etki bireyin sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı olarak diğer faktörlerle etkileşime girmesiyle oluşur.

1.2. Yaşam Tarzı

Yaşam tarzı bireyin bireyin hayata yaklaşımıyla ilgilenen faktördür. Bu yaklaşımın içerisinde her türlü değer, tutum, alışkanlık ve davranışlar yer almaktadır. Sağlıkla ilgili davranışlarda devamlılık ve tutarlılıklarla bireyin sağlık davranışlarını belirleyen bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanma, aşırı beslenme, bilinçsiz ilaç kullanma, kişisel temizliğe önem vermeme, tehlikeli araç kullanma, hekim önerilerini göz ardı etmek gibi davranışlar sağlığı olumsuz etkilemektedir.

1.3. Kalıtım

Bireyin yaratılıştan gelen doğası ve genetik karakteristikleri yani kalıtsal özellikleri, onun hastalığa duyarlılığını, ya da hastalığın kalıtsal olarak geçmesini etkileyebilir. Etnik ve ırksal eğilimler, eş seçimi, çocukların genetik potansiyeli ve bazı hastalıklara karşı duyarlılığı etkileyebilir.

Bireyin yaratılıştan gelen doğasına, anne ve babasından aktarılan genetik karakteristikleri yani kalıtsal özelliklerine biyolojik şifresi diyebiliriz. Bireyin fiziksel görünüşünü, yeteneklerini, kişiliğini, hastalıklara duyarlılığını ve dolayısıyla da sağlığını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilebilir. Özellikle hastalıkların nesilden nesile aktarımındaki en önemli faktördür. Bu sebeple son zamanlarda genetik çalışmalar, yenilikler ve gelişmelerin etkisi daha da artmıştır. Günümüzde özellikle

genom projelerinin artmasıyla bu faktörün koruyucu ve tedavi edici yönde daha fazla kullanılarak etkisinin artırılması yönünde beklentiler de oluşmuştur.

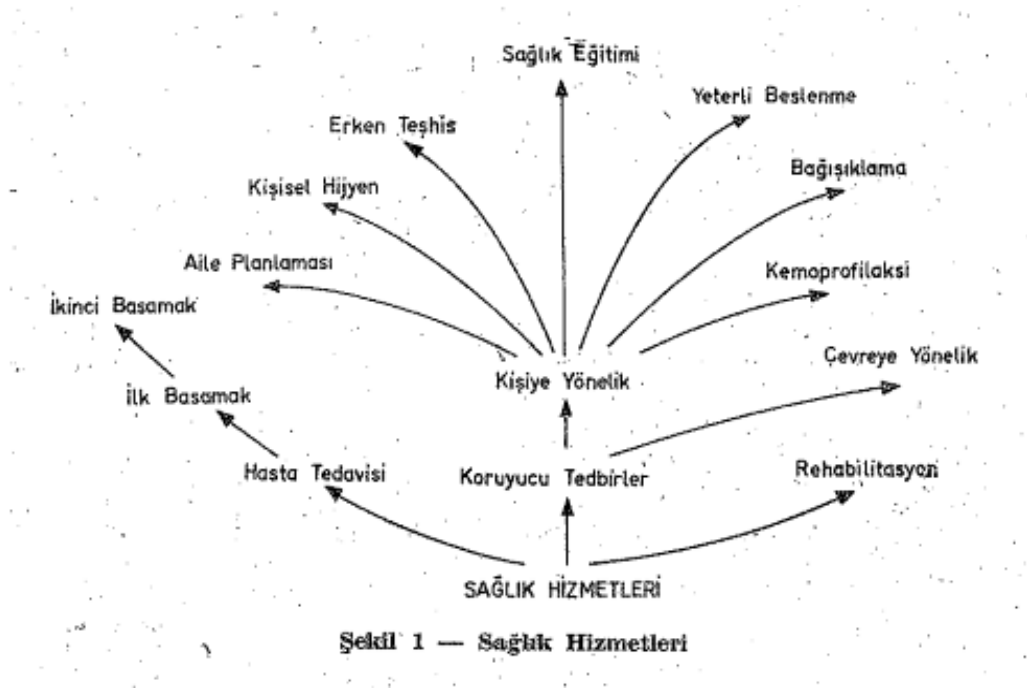
1.4. Sağlık Hizmetleri

Geleneksel anlamda “hastalığın olmayışı” şeklinde tanımlanarak çağdaş dönemde ise DSÖ tarafından hastalıkla birlikte “bedenen, ruhen ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanan sağlık, bir hizmet olarak sunulmakta bu hizmet modelini tanımlamak amacıyla “sağlık hizmetleri” kavramı kullanılmaktadır (Akdur, 1999).

İnsan sağlığına zarar veren tüm etkenlerin yok edilmesi, bireylerin ve toplumların bu etmenlerin zararlı etkilerinden korunması, hastalandıkları zaman tedavilerinin yapılması, sağlığına tam kavuşamayıp engelli kalanların ise başkalarına bağımlı olmadan kendi başlarına yaşayabilmelerinin sağlanması ve toplumun genel sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacı güdülen yürütülen bütün faaliyetlere “sağlık hizmetleri” denir (Öztek,2011).

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı nitelikli hizmet sunmak ve eşitliği sağlamaktır. Ülkeler sağlık hizmetlerini düzenlerken bir taraftan en güncel medikal bilgileri kullanarak toplumun genel sağlık düzeyini geliştirmeyi, bir taraftan da sağlık hizmetlerine ulaşmada ve en uygun şekilde toplumunu sağlıklı tutma durumunu sağlayacak şekilde toplum grupları arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemelidir (Başak, 2007).

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Fişek, 1983.

Sağlık hizmeti amaçlarının temelinde kişilerin hasta olmalarına engel olmak vardır. Ancak herkesi bütün hastalıklardan korumak ne yazık ki mümkün değildir ve bazı bireyler hastalanırlar. Bu noktada devreye sağlık hizmetlerinin ikinci amacı girmektedir. Bu da hastalıkların tedavisidir. Var olan mevcut bilgi ve donanım ile bütün hastalıkların tedavi edilmesi olanaksızdır ve kimi bireyler engelli kalır. Dolayısıyla burada da sağlık hizmetlerinin üçüncü basamağı olan başkalarına bağlı olmadan kendi kendilerine yetebilmek ve günlük faaliyetleri yapabilmelerini sağlamak için rehabilite etmek devreye girmektedir. Özetle baktığımızda sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere 3 basamakta sınıflandırılmaktadır.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyler henüz daha hasta olmadan, olumsuzluklar ortaya çıkmadan verilen hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı bireyleri hastalıklardan,

yaralanmalardan, engelli kalmalarından ve erken yaşta ölümlerden korumaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri ikiye ayrılır.

1.4.1.1. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık alanında gerekli eğitimi almış kişiler tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu kişiler hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru vb. olabilir. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri denildiğinde bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı ve tedavi, düzenli beslenme, aile planlaması, genetik danışma, hijyen ve sağlık eğitim hizmetleri gibi geniş bir faaliyet grubuyla karşılaşmaktadır. Bu faaliyetler kısaca aşağıdaki şekilde açıklanmıştır (Çiftçi, 2011).

Bağışıklama: Bulaşıcı hastalıklardan korunma amacıyla aktif olarak kullanılan en yaygın ve en etkili yollardandır. Aktif ve pasif bağışıklama olarak iki türü vardır

Aktif Bağışıklama: Kişiyeye bir hastalığa ait zayıflatılmış mikroplar aşılama yoluyla verilir. Böylece kişinin vücudunun, mikrobu verilen hastalığa karşı bağışıklık kazanması sağlanır. Böylece vücut, bir daha aynı türde bir mikropla karşılaştığında bağışıklık sistemi devreye girerek daha çabuk ve etkili bir şekilde cevap verir.

Pasif Bağışıklama: Başka canlılara bakteri veya türevleri verilerek o canlıların bu mikroplara karşı antikor oluşturmaları sağlanır. Canlıların oluşturduğu bu antikorlar kullanılarak bir çeşit serum hazırlanır. Hazırlanan bu serum daha sonra doğrudan hasta bireye verilir.

Burada önemli iki nokta vardır. Birincisi aktif bağışıklama yani aşı, hasta olmayan bireylere uygulanırken; pasif bağışıklama yani serum ise hasta bireylere uygulanır. İkinci önemli nokta ise bağışıklamanın önemi ile alakalıdır. Bir toplum bir hastalığa karşı ne kadar çok bağışık hale getirilirse, o hastalık o derece kontrol altına alınabilir. Günümüzde birçok hastalık kontrol altına alınarak salgınların önüne geçilebilmiştir. Çiçek hastalığı gibi bazı önemli hastalıklar da yok edilebilir.

İlaçla Koruma: Bireyde bağışıklama faaliyetleri başarılı olamamış ve birey hasta olduğu durumlarda hastalığın kötü etkilerinden bireyi korumak ve bir an önce sağlığına kavuşmasını sağlamak hastalığın kimyasallarla kontrol altına almak için kullanılan bir yöntemdir.

Erken Tanı: Kısaca hastalığın erken fark edilmesi durumudur. Erken fark edilen hastalık vücuda çok fazla hasar vermediği için tedavi süreci hasta birey açısından hem kolay olur hem de tedavinin başarı oranı yüksektir.

Sağlıklı ve Dengeli Beslenme: Beslenme vücudumuz için çok önemlidir. Birçok hastalığın temel sebebi yetersiz ve dengesiz beslenmedir. İyi beslenmeyen kişilerde hastalık iyileşmelerinin yavaş olduğu, oluşan çeşitli yaraların geç kapandığı belirtilmiştir. Ancak hastalık, sakatlık ve ölümden düzenli, dengeli beslenme ve eğitimle koruma sağlanabilir.

Aile Planlaması: Bütün bireylerin, istedikleri sayıda sağlıklı aralıklarla bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmaları ayrıca çocuk sahibi olamayan ailelere çocuk sahibi olabilmeleri amacıyla sunulan bir hizmettir. Fazla ve sık doğum yapan kadınların sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca erken yaşta evlenen ve vücut gelişimini tamamlamadan hamile kalan kadınlar, hem kendi hayatlarını hem de çocuklarının hayatlarını tehlikeye atmaktadır. Eğer anne sık doğum yapıyorsa çocuklar anne karnında iyi beslenemez ve dolayısıyla sakat veya hastalıklı olabilir. aile planlaması hizmetleri bütün bu negatif durumlardan korunabilmek için çok önemlidir.

Sağlık Eğitimi: Kişilerin sağlıklarını korumaları ve sağlık hizmetlerini doğru şekilde nasıl kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilebilmeleri için yapılan planlı çalışmalardır. Eğer bireylere sağlık sorunları bir şekilde benimsetilebilir ve sağlıklarını korumak gibi bir güdü aşılanabilirse, bu durum bireylerden topluma sirayet edecek ve o toplumun sağlık seviyesi yükselecektir.

1.4.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı bir ortam oluşturulması hizmetlerini içermektedir. İnsan sağlığını olumsuz yönde etkileyen

birçok etmen vardır. Bu etmenler biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenler olabilir. Bu etkenlerin ortadan kaldırma çabaları bireylerin sağlıklarının bozulmasını önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çalışması olarak görülebilir. Bu hizmetlerin bazıları;

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaş

Bu hizmetlere geniş çerçeveden bakıldığında da anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektörü ile birlikte diğer sektörlerin kolektif çalışma yapmasını gerektirir. Yalnızca sağlık çalışanlarının değil bu alanlarda özel çalışmalar yapmış mühendis, kimyager, veteriner ve teknisyenler gibi diğer meslek gruplarını da ilgilendiren bir hizmet türüdür. Sağlık uzmanlarının bu konudaki temel sorumluluğu, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir (Akdur, 1999).

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu kötüye giden kişilerin bu sorunlarını gidermek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, uygun sunulması durumunda bireylere içsel, topluma ise dışsal fayda sağlayarak bireyin ve dolayısıyla toplum sağlığının iyileşmesini sağlamaktadır (Yazgan, 1992).

Tedavi hizmetlerine bireylerin yaklaşımları toplum üzerindeki dışsal faydanın yönünü de belirlemektedir. Örneğin; bireylerin eğitim düzeyinin yetersiz olması, endişe ve korkuları, mali yetersizlikler ve diğer erişim problemleri tedavi olmalarını engelleyebilmekte bu durum da topluma dışsal negatiflik yayılmasına neden olabilmektedir. Bazı tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise topluma sadece dışsal fayda sağlama özelliği bulunmaktadır. Bunlar; bireyin o anki rahatsızlık durumunda

herhangi bir değişiklik yapmayan ve olası salgınlara karşı alınan önlemlerden oluşan birinci basamak (koruyucu) sağlık hizmetleridir (Kömürlü, 2010)

Topluma dışsal faydasının ön plana çıktığı birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemi ve sağlık personeli ile hastalar arasında ilk temasın gerçekleştiği yerlerdir. Bu yerlere örnek olarak aile hekimlikleri, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi verilebilir. Bu kuruluşlarda hastalar evde veya akakta tedavi edilirler. Teşhis ve tedavide birinci basamak sağlık kuruluşlarının yetersiz kaldığı durumlarda hastalar, ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilirler. (Akman, 2014).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tedavide yetersiz kalması ile ihtiyaç duyulan ve daha kapsamlı olan sağlık kuruluşları da ikinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalar genel olarak yatırılarak tedavi edilirler. Ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmet kurumlarında tedavisi mümkün olmayan hastaların tedavilerinin yapıldığı 50-100 yataklı bünyesinde birkaç tane uzman hekim çalıştıran ilçedeki kurumlar olabileceği gibi il merkezindeki tam teşekküllü hastaneler de olabilir (Üstü vd., 2011).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlara göre teknik ve altyapı bakımından daha kapsamlı kurumlarda sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin ayrıca araştırma ve eğitim gibi amaçları da bulunmaktadır. Bilginin yoğun ve teknolojinin yüksek düzeyde olduğu bu hizmetleri sunan kurumlara örnek olarak üniversite eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel dal hastaneleri gösterilebilir (Durusoy vd., 2011).

Basamaklara göre sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerine erişimin en kolay birinci basamakta olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri arasında ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem koruyucu ve tedavi edici olma özelliği hem de ikinci ve üçüncü basamağa göre daha az karmaşık ve ucuz olmasıdır. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin kolay ve hizmetlerin ucuz olması ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile önem açısından bir farklılık arz etmesiyle

alakalı değildir. Nitekim sağlık hizmetlerinin bu üç basamağı da birbirleri ile uyum içerisinde çalışmalıdır. Çünkü birinci basamakta tedavisi olabilecek bir hastanın tedavi olmak için ikinci basamak veya üçüncü basamağa başvurması ya da yönlendirilmesi, ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan uzman hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin zaten var olan iş yüklerini gereksiz yere daha da arttırıp verimliliği düşürecektir. Bu noktada devreye sevk zinciri kavramı girmektedir. Birey acil durumlar dışında sağlık hizmeti gereksinimini gidermek için ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalıdır. Burada tedavi gerçekleştirilemezse hekim tarafından ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Bu modelde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki yığılmalar önlenmekte ve verim artırılmaktadır.

1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da sakatlık bedensel, ruhsal veya sosyal yeteneklerini kaybeden kişilerin oluşan bu kısıtlılıklarının ortadan kaldırılmasını veya kısıtlılıklarıyla birlikte yaşama adapte olmasını amaçlayan hizmetlerdir. Birey tamamen iyileşmese bile, mevcut durumunun daha iyi bir hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Rehabilitasyon çalışmaları ayrıca bu bireylerin sosyal hayata entegrasyonları ile ilgilenmektedir. Burada bireyi bir şekilde sosyal hayata adapte etmek ve bireyin kendisinin ve yakınlarının yaşadığı acıyı azaltmak amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda rehabilitasyon merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler yataklı olabileceği gibi yataksız da olabilirler. Rehabilitasyon merkezleri, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde (2005); “organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler” olarak tanımlanmaktadır.

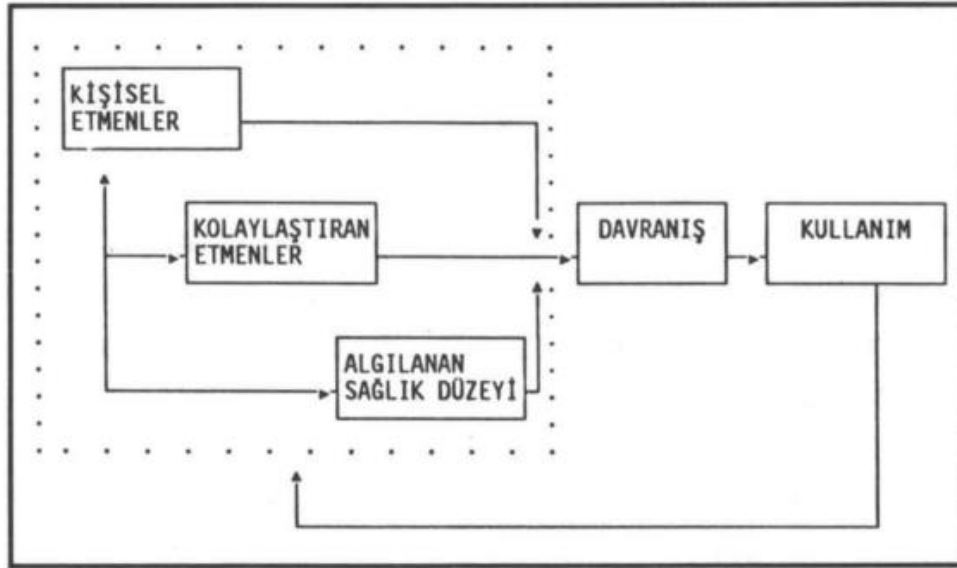
Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki türü vardır. Doğuştan bulunan ya da sonradan geçirilen kaza, hastalık gibi negatif durumlar nedeniyle ortaya çıkan yetenek kayıplarının düzeltilmesine, işitme, görme rahatsızlıklarının mümkün olduğunca en aza indirilmesine yönelik rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon kapsamına girmektedirken; sosyal rehabilitasyon

kapsamında ise kısıtlıların topluma ve sosyal hayata entegre olmalarına yönelik, başkalarına bağımlı olmadan ya da bağımlılıkları en aza indirilerek yaşayabilme, çalışma hayatına uyum, yeni iş bulma veya bu iş için yapılan eğitimler vb. gibi çalışmalar yer almaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerinin genel amacı bireyleri mutlu kılarak üretken hale getirmektir. Böylece bireylerin mutluluğu topluma yansıtacak ve toplumsal düzeyde refah sağlanacaktır. (Görgün, 2009; Üçınar,2013).

1.5. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık sistemlerinin ve planlama faaliyetlerinin en önemli amaçlarında biri toplum sağlığını geliştirmektir. Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmetine olan talepler, talebi etkileyen faktörler ve hizmeti talep edenler (kullananlar) son yıllarda daha önem verilmekte, ayrıca dikkatle incelenip araştırmalar analizler yapıp politikalar geliştirilen bir konu olmaktadır. Bu bağlamda da sağlık hizmetine olan taleplerin etkilendiği faktörler, sağlık hizmeti kullanımında bireylerin sergilediği, davranışlar hizmet planlayıcılarının, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların dolayısıyla da sağlık yöneticilerinin bu konuyu araştırması için cazip bir konudur. Bu araştırmalar sayesinde sağlık hizmeti sunumunda geleceğe yönelik planlamaların yapılması, toplum sağlık düzeyinin ve davranışlarının belirlenmesi, sağlık hizmeti sunumunda etkinliğin ve verimliliğin ölçülmesi sağlanacaktır (Gökkaya ve Erdem,2017; Erdem ve Pirinçci, 2003).

Şekil 3: Sağlık Hizmeti Kullanım Süreci



Kaynak: Kavuncubaşı 2012.

Sağlık hizmetleri kullanımı kısaca koruyucu, tedavi edici veya rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecidir. Sağlık hizmeti kullanımında amaç sağlıklı olma, mevcut sağlık seviyesini sürdürme ve sağlık düzeyini mümkün olan en üst düzeye çıkarmaktır (Şenol, 2006). Bununla birlikte sağlık hizmeti kullanımı, sunulan bir sağlık hizmetinin, hizmete ihtiyaç duyan bireyler tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmeti kullanımı ölçülürken bir yandan da hizmete erişim incelenmektedir. Bu inceleme kesin bir ölçüm olmamasına rağmen, literatürde birçok çalışmada kullanılan yaygın yöntemdir. Sağlık hizmetlerine erişim, dünyadaki sağlık bakım sistemlerinin performansının değerlendirilmesinde merkezi bir konumdadır. Aslında, insanlar için hizmet sunumunun önemi, sağlık politikası literatüründe önemli bir role sahip olan kullanımı ve erişimi ölçmeye neden olmuştur. Böylece farklı sosyoekonomik grupların hizmete erişimi ve kullanımı incelendiğinde ise söz konusu sağlık hizmetinin eşit ve adil dağılımı da değerlendirilebilmektedir (Sassi ve Béria, 2001).

DSÖ (1986)'ye göre de tüm bireylerin kendi sağlıklarını korumak, geliştirmek ve hizmeti kullanmak için eşit imkanlara sahip olması gerekmektedir. Ülkemizde ise Devlet Planlama Teşkilatı tarafından (DPT) kalkınma planlarının neredeyse tamamında sağlığın ana hedefleri arasında "halkın sağlık hizmetlerinden

eşit şekilde yararlanması” bulunmaktadır (DPT, 1962; 1967; 1973; 1979; 1985; 1989; 1994; 2000). Tam da bu noktada kullanılabilirlik kavramı devreye girmektedir. Zira sağlık sisteminin toplum sağlığına ne kadar faydalı olduğu, sunulan hizmetin ne kadar “kullanılabilir” olduğuyla doğru orantılıdır.

Kullanılabilirlik kavramı sağlık hizmetlerinin temel taşlarından olması sebebiyle literatürde konuyla ilgili birkaç teknik tanım yapılmış olmasına rağmen tam bir fikir birliğine varılamamıştır.

Kullanılabilirlik (access) kavramı en basit anlamıyla sağlık hizmetlerine erişim veya hizmetin kullanımına karşılık gelmektedir. Nüfus gruplarının sağlık hizmetlerine erişimi, bu hizmetlere ulaşımın artırılması ve kullanmasının kolaylaştırılması, hizmetin nitelik ve niceliğinin artmasına yönelik oluşturulan kamu politikaları, yasal düzenlemeler ve sosyal programlar kullanılabilirlik kavramının politik fikirlerini oluştururken; halkın sağlık hizmetlerine erişiminin belirli bir düzeye doğru ilerlemesi ve ya bu düzeyden uzaklaşması hususunda ölçümler yapılması kullanılabilirlik kavramının teknik fikriyle ilgilidir (Clark, D., 1983).

Andersen ve Aday (1978) kullanılabilirliği;

1) Sağlık hizmeti sunulan kurumların ve personelinin mevcudiyeti (hekim / nüfus oranı),

2) Kurumların ve personelin kullanılmasının çeşitli maliyetleri (hastanın cepten ödemesi, sağlık kuruluşuna ulaşım süresi, hekime görününceye kadar geçen bekleme süresi),

3) Sağlık hizmetlerinin fiili kullanımı (belirli bir zaman diliminde hekime başvuran kişilerin oranı, belirli bir zaman diliminde kişi başına yapılan hekim ziyareti sayısı),

4) Nüfusun görünürdeki ihtiyacına bir takım ölçülere göre sağlık hizmetlerinin kullanımı (algılanan semptomlara göre hekim ziyaretleri, deneyimlenen sakatlık veya hastalık koşullarının şiddete göre sağlık kuruluşuna gitme sayısı) şeklinde 4 farklı şekilde tanımlayarak; sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet kullanımını tüketici davranışlarından yola çıkarak ölçülebileceğini savunmuştur.

Penchasky ve Thomas (1981) kullanılabilirlik kavramına taksonomik bir tanım önermişlerdir. Onlara göre kullanılabilirlik, hasta ve sağlık sistemi arasındaki uyumu temsil eden bir kavramdır. Bu uyumu sağlayan bir takım spesifik boyular ise şunlardır:

1) Hazır bulunma (availability); var olan hizmet ve kaynakların miktar ve tür olarak hasta sayısı ve ihtiyaç türü arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Sağlık personeli, sağlık kurumları ve sunulan sağlık hizmetinin arzının yeterliliğini anlatan boyuttur.

2) Erişilebilirlik, ulaşılabilirlik (accessibility); hastalar ile sağlık kuruluşlarının (aile sağlığı merkezi, hastaneler, acil sağlık hizmetleri, klinik ve poliklinikler, rehabilitasyon merkezleri vs.) bulunduğu yerler arasındaki ilişkidir. Bu boyut hastaların sağlık hizmetine ulaşım süresi, ulaşım kaynağı ve maliyetlerini içerir.

3) Konaklama, (accommodation); sağlık hizmeti sunan kurumların gelen hastaları kabul etmek için kullandığı düzenleme sistemleri (randevu sistemi, çalışma saatleri, telefonla ulaşım vb.) ile hastaların arasındaki uyumu gösteren boyuttur.

4) Karşılabilirlik (affordability); kullandıkları sağlık hizmetinin maliyetinin (sağlık sigortası, ödeme gücü vb.) hastalar tarafından karşılanabilmesini ifade eden boyuttur.

5) Kabuledilebilirlik (acceptability); hastaların ve sağlık personellerinin kendi özelliklerine karşı birbirleriyle olan tutumları arasındaki uyum ilişkisini gösteren boyuttur.

Bir diğer kullanılabilirlik tanımı da Timmreck'in (1987) yazdığı Sağlık Hizmetleri Yönetimi Sözlüğü'nde bulunmaktadır. "Kişi ya da grupların sağlık hizmeti elde edebilme gücü" olarak belirtildiği gibi ayrıca sağlık sisteminin, "kişilerin sağlık hizmeti almasını kolaylaştırma ya da engelleme gücü" olarak ta tanımlanmıştır. Böylece kullanılabilirliğin, coğrafi, sosyal ve mali unsurları içinde barındırdığı belirtilmektedir.

Sağlık hizmeti kullanımını açıklayan en kapsamlı çalışma 1968 yılında Andersen tarafından geliştirilen "Sağlık hizmetleri kullanımında davranışsal model" (behavioral model of health services utilization)dir. Bu model ortaya çıktıktan sonra gelen eleştiriler üzerine çeşitli aşamalardan geçmiş birçok ekleme yapılmış ve bugüne

gelmiştir. Literatürde çok çalışmanın teorik temelini oluşturan bu model sağlık hizmeti kullanımını konusunun mihenk taşlarından birisi olmuştur. Geliştirilen bu modelin ana prensibi sağlık hizmetlerinden yararlanmanın her birey için temel bir hak olduğunu görüşüdür. Ayrıca modele göre sağlık hizmeti kullanımı bireylerin sosyo-ekonomik seviyelerine ve ödeme gücüne bağlı olmaksızın gerçekleşir. Sağlık hizmetleri kullanımı davranışsal modelinde sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmeti ihtiyacının (health care need), hastaların sağlık hizmeti kullanma konusundaki eğilimlerinin (predisposing) ve son olarak hizmet kullanımını kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) birer fonksiyonudur (Andersen, 1968; Andersen ve Aday, 1978). Bu faktörler bir takım çalışmalarda “hazırlayıcı ve ya kişisel”, “imkan” ve “ihtiyaç” faktörleri olarak ta ele alınmaktadır. Bu modelin temelinde, bireyin kullandığı sağlık hizmetinin türüne katkıda bulunan durumlar olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayıma göre sağlık hizmeti kullanımı, bireyin sağlık hizmetlerini kullanma yatkınlığı, bireyin sağlık sigortası olup olmaması ve hastalık seviyesi gibi faktörlere bağlıdır.

Tablo 1: Tedavi edici sağlık hizmeti kullanımı etkileyen etmenler

Hazırlayıcı Faktörler	Kolaylaştırıcı Faktörler	Sağlık İhtiyacı Faktörleri
<p>a) Demografik Özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yaş -Cinsiyet -İrk -Hane halkı sayısı -Medeni durum -Hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler - Komşuluk ilişkileri <p>b) Toplumsal/Ekonomik Özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> -Eğitim düzeyi -Meslek -Gelir -Toplumsal sınıf -İstihdam durumu - Etnik köken - Dinsel köken <p>c) Tutum ve Davranış</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi -Koruyucu hizmetleri kullanıma ilişkin tutumlar -Sağlık hizmetinin değeri - Hastalık bilgisi -Tepki eşiği (<u>response threshold</u>) -Tıbbi bakımdan tatmin -Sigorta planından tatmin 	<p>a) Aile</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ailenin toplam geliri -Sigorta durumu -Düzenli bakım -Başvuru süresi -Ulaşım süresi -Kuyrukta bekleme süresi -Ozel muayene olanağı <p>b) Kamusal Özellikler</p> <ul style="list-style-type: none"> -İkamet -Bölge -Nüfusun hizmet kullanım oranı -Yatak başına düşen nüfus -Hizmetin sürekliliği -Hizmetin ulaşılabilirliği -Ekonomik sistem 	<p>a)Hastalık Derecesi (Algılanan)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sakatlık süresi -Semptomlar -Algılanan sağlık düzeyi -Sağlıkla ilgili endişeler -Ağrı sızımın yoğunluğu <p>b)Hastalık-Değerlendirilen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tanı -Semptomlar

Kaynak: Kavuncubaşı 2012.

A) Hazırlayıcı faktörler: Kişilerin sağlık hizmeti kullanımına olan isteklilik halleri olarak tanımlanabilmektedir. Bir kişinin bir sağlık hizmetine ihtiyaç duymasını o hizmeti kullanmasına ortam hazırlayan tüm etmenler ve kişinin kendinde var olan kişilik özellikleri hazırlayıcı faktörler içerisinde belirleyicidir. Eğilim faktörü içerisinde demografik özellikler, geçmiş hastalıklar, bireyin toplumdaki sosyo ekonomik konumu, sağlık hizmetlerine karşı olan tutumu, davranışlar ve inanışları kapsamaktadır. Bu faktörler sağlık hizmeti kullanımını doğrudan etkilemese bile dolaylı olarak etkilemektedir. Örneğin farklı cinsiyet ve farklı yaş gruplarındaki insanlar, geçmişlerinde farklı hastalık sayısına ve dolayısıyla farklı tedavi şekillerine sahiptirler. Ayrıca yukarıda sayılan demografik özelliklere göre bireylerin sağlık hizmeti kullanma eğilimleri de farklılık göstermektedir. Bazı bireyler diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimindedir. Örneğin geçmişte sağlık sorunları yaşayan kişilerin gelecekte tıbbi bakım talebinde bulunma olasılığı diğer insanlara göre daha fazladır. (Andersen ve Newman, 1973; Andersen ve Aday, 1978).

B) Kolaylaştırıcı faktörler: Kişiler sağlık hizmeti kullanmaya ne kadar yatkın olsalar da bunu yapmaları için bir takım imkan ve olanakların var olması gerekmektedir. Bu noktadan hareketle kişilerin sağlık hizmeti kullanmasına olanak sağlayan hatta bundan doyum sağlamasına olanak sağlayan çeşitli bir takım etkenler kolaylaştırıcı faktörler olarak adlandırılmaktadır. Hazırlayıcı faktörlerin varlığı hizmet kullanım konusunda tek başına yeterli olmayabilir. Kişiler sağlık hizmetlerini yalnızca elde edebildikleri kadarını alabilirler. Kişiler için hizmeti alabilme, kullanabilme durumu önemlidir kaynaklar yetirince varsa, hasta kuyrukları hizmet kullanımını olumsuz etkileyecek kadar fazla değilse ya da sunulan sağlık hizmetinin fiyatı yüksek değilse; o toplum tarafından sağlık hizmeti kullanımı daha fazla olabilir (Kavuncubaşı, 2000).

Kolaylaştırıcı faktörler için ana amacı sağlık hizmetini kişiler için kullanılabilir kılmaktır. Kolaylaştırıcı faktörler, hane halkı düzeyinde ve toplumsal düzeyde olmak üzere iki açıdan incelenebilir. Hane halkının gelirleri, sağlık sigortasının karşıladığı hizmetler, düzenli gelir kaynağı kolaylaştırıcı faktörlerin hane halkı için kolaylaştırıcı faktörleri oluştururken; kişinin yaşadığı bölgede gerekli ve

yeterli sayıda sağlık kuruluşunun ve sağlık personelinin olması, sağlık kuruluşu ve sağlık personeli sayısının nüfusa oranı, sunulan sağlık hizmetinin fiyatı, kır ve kentlerde yaşayan nüfusun yapısı da toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörleri oluşturur (Andersen, 1968). Toplumsal düzeyde kolaylaştırıcı faktörler arasında yer alan kırsal ve kentsel farklılıklar sağlık hizmeti kullanımını önemli düzeyde etkilemektedir. Sağlık personeli ve sağlık kuruluşları birçok ülkede gelişmiş merkezler lehine dağılım göstermektedir. Bu da az gelişmiş bölgeler ile gelişmiş bölgelerin nüfuslarıyla sağlık kurumlarının ve sağlık personellerinin oranlarında ciddi eşitsizliklere neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti kullanımının coğrafi dağılımı son yıllarda dikkat çeken konulardan biri haline gelmiştir (Kılıç ve Çalışkan, 2013). Field ve Briggs (2001) çalışmalarında sağlık kuruluşlarına olan uzaklığın artmasıyla zaman ve ulaşım maliyetinin arttığını bunun sonucunda da sağlık hizmeti kullanımının azaldığını belirtmişlerdir.

C) Sağlık ihtiyacı faktörleri: Bu faktör sağlık hizmetleri özelliklerinin içerisinde yer alır ve sağlık ihtiyacının ertelenememesine atıfta bulunmaktadır. Modele göre hastalık, sağlık hizmeti ihtiyacına neden olmaktadır. Yine modele göre sağlık hizmetinin kullanımının da doğrudan nedeni olarak gösterilmektedir. Algılanan veya hissedilen (perceived) ihtiyaç ve değerlendirilen (evaluated) ihtiyaç olmak üzere iki başlıkta incelenebilir:

Algılanan/Hissedilen (perceived) İhtiyaç, kişinin genel sağlık durumunun kendisi tarafından değerlendirilmesi olayıdır. Bu değerlendirme belirli bir zaman dilimi içerisinde kişinin kendi sağlığını iyi orta zayıf şeklinde yapılabileceği gibi, iş göremez ya da engelli gün sayısı ya da kendisinin algıladığı hastalık belirtilerine göre de yapılabilir. Algılanan sağlık ihtiyacı kişide var olan ancak belirtileri henüz ortaya çıkmamış kişinin sahip olduğu varlığından haberdar olmadığı hastalıklar için bir açıklama yapamaz. Bu nedenle algılanan sağlık ihtiyacına subjektif ihtiyaçta denmektedir (Andersen, 1968, Andersen,1995, Andersen ve Newman, 2005). Hastalık algılanması kişinin ait olduğu topluma ya da kültüre göre farklılık gösterebilir. Aynı belirtilere sahip iki kişiden birisi hemen sağlık kuruluşuna başvururken diğeri tam tersi yönde eğilim gösterir hatta kaçarak birbirlerinden çok farklı davranışlar sergileyebilirler (Tengilimoğlu,2012).

Sağlık ihtiyacı faktörlerinde içerisinde, algılanan sağlık kavramının önemli bir yeri vardır. Çünkü bireylerin sağlık hizmeti talebi ve kullanma davranışını algılanan sağlık kavramı belirler. Algılanan sağlık ihtiyacı, sağlık hizmetleri planlanması, sağlık hizmeti tüketimi ve sağlık hizmeti talebini belirleyen başlıca faktörlerdendir (Şenol, 2006).

Değerlendirilen (Evaluated) İhtiyaç, kısaca bireyin sağlık ihtiyacının sağlık profesyonelleri tarafından belirlendiği sağlık ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç türünde hekimler ve diğer sağlık uzmanlarının mesleki değerlendirmeleri devreye girer. Birey sağlık hizmeti ihtiyacının farkına vardığından sonra bu hizmeti almak için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasıyla süreç başlar. Hekimler kişilerin rahatsızlıklarını ve onların talep ettiği hizmetleri dinler. Sonrasında bu taleplerinin gerekliliğini veya hangi tür sağlık hizmetinin gerekli olacağını değerlendirerek nihai kararını verir. Kişinin talebi medikal bir değerlendirilmeye tabi tutularak, hekimler aracılığıyla tıbbi bir değerlendirme sonrasında ortaya çıkarılan bu ihtiyaç türü değerlendirilen ihtiyaçtır (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Algılanana ve değerlendirilen sağlık ihtiyacı kavramlarına bir bütün olarak bakıldığında kişi, rahatsızlığının gerek yoğunluk gerekse süre açısından farkına vararak sağlığı hakkında endişe duyup sağlık hizmetini talep edecek ve hemen akabinde sağlık kuruluşuna başvuracaktır. Muayene olduğu hekim, bireyin hastalığını teşhis ederek gerekli tedaviyi uygulayarak süreci devam ettirecektir. Kişinin sağlık ihtiyacını algılamasıyla başlayan ve sağlık hizmetinin kullanılmasıyla son bulan süreç sağlık ihtiyacı faktörlerini oluşturur (Şenol, 2006). Diğer bir deyişle Andersen'in geliştirmiş olduğu davranışsal modelin sağlık ihtiyacı basamağı, kişilerin kendi sağlık durumlarını genel olarak nasıl değerlendirdikleri, hastalık belirtilerine nasıl tepki verdikleri, ortaya çıkan sağlık problemlerine gereken önemi verip vermemeleri ve bunun için sağlık profesyonellerinden gereken yardımı alma durumu ve sağlık profesyonelleri tarafından yapılan tarama ve değerlendirmelerden oluşmaktadır (Kılıç ve Çalışkan, 2013).

Sağlık hizmeti kullanımı için sağlık hizmetlerine erişim şarttır. Davranışsal model çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişim, potansiyel erişim (potential access) ve farkına varılmış erişim (realized access) olmak üzere ikiye ayrılır. Kolaylaştırıcı faktörlerin bulunduğu durumları potansiyel erişim ifade ederken, sağlık çalışanları ve

sağlık kuruluşlarından faydalanarak sağlık hizmeti kullanımının gerçekleştiği durumlar da farkına varılmış erişimi ifade etmektedir (Andersen, 1995).

Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin davranışsal modelin üç temel esası olan hazırlayıcı faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve sağlık ihtiyacı faktörleri, sağlık hizmeti kullanımının gerçekleşmesinde sağlık hizmetlerinin eşit ve hakkaniyetli sunumu ile de bağlantılıdır. Sağlık hizmeti sunumunda eşitlik (equality) ile hakkaniyet (equity) farklı anlamlar taşımaktadır. Eşitlik kavramı matematiksel eşitliği ifade ederken, hakkaniyet kavramı matematiksel eşitliğin yanı sıra ahlaki ve etik değerleri de içerisinde barındırarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin koşullar göz ardı edilerek kullanılmasını ifade etmektedir. Buradan hareketle hakkaniyetin sağlanabilmesi için bir toplumdaki avantajlı ve dezavantajlı gruplar arasındaki sağlık hizmetleri açısından var olan farklılıklar giderilmelidir (Braveman, 2003; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008)

Sağlık hizmeti kullanımında belirleyici unsurun davranışsal modeldeki ihtiyaç faktörleri olduğu durumlarda hakkaniyet önem kazanmaktadır. Başka bir ifadeyle, kullanılan sağlık hizmetinin ihtiyaç faktörüyle belirlenmesi ve kolaylaştırıcı faktörlerin kimlerin sağlık hizmeti kullanacağı konusunda belirleyici olmaması o sağlık sisteminin sağlık hizmeti kullanımı konusunda hakkaniyetli olduğunu göstermektedir. Ayrıca ihtiyaç faktörleri haricinde demografik özelliklerde sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyetin sağlanması için önemli bir konudur (Andersen ve Newman, 1973; Kılıç ve Çalışkan, 2013). Kişilerin eğitim, etnik köken, inanç, gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine karşı tutum ve davranışlarının baskın olması sağlık hizmeti kullanımının hakkaniyete uygun olmadığı anlamına gelmektedir (Andersen, 1995).

Davranışsal model, sağlık hizmeti kullanımını kolaylaştırıcı, hazırlayıcı ve ihtiyaç faktörlerindeki farklılıkları da açıklamaktadır. Bu açıklamayı yaparken hangi tür sağlık hizmetinin kullanıldığını değerlendirerek yapar. Örneğin kişinin sağlıksız olduğu ve daha sağlıklı bir duruma geçiş olasılığını değerlendirmek için hastanelerde yataklı tedavi hizmeti (inpatient care) kullanmasında veya hastane poliklinik hizmetleri (hospital services) kullanmasında ihtiyaç faktörleri ve demografik özellikler önem taşımaktadır. Bunun yanında diş bakımı ile ilgili hizmetler (dental services) daha çok isteğe bağlı (discretionary) ve çok acı vermiyorsa ertelenebilir olduğu için bu hizmetlerin kullanımında daha çok sağlık hizmetlerine karşı olan tutum ve davranışlar,

sosyo ekonomik durum ve kolaylaştırıcı faktörler rol oynamaktadır. Bütün bunların yanında ayaktan tedavi hizmetlerinin kullanımından davranışsal modeldeki bütün bileşenler aktif rol oynamaktadır (Andersen, 1995; Philips vd., 1198; Şeno1, 2006)

Davranışsal modelin vurguladığı bir diğer unsur ise bileşenlerin değiştirilebilirlik düzeyidir. Değiştirilebilirlik düzeyinin uygulanacak sağlık politikalarında etkisi yüksektir. Davranışsal model için düşünülecek olursa değiştirilebilirlik düzeyi en yüksek olan kolaylaştırıcı faktörlerdir ve bu durumda sağlık politikası unsuru olarak ya da politika araçlarının belirlenmesinde kullanılabilir. Örneğin sağlık hizmeti kullanımı ile değiştirilebilirlik düzeyi yüksek olan sağlık sigortasına sahip olma durumu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bu durum toplumun sağlık sigortası açısından dezavantajlı kesimini odak olarak belirleyen bir genel sağlık sigortası politikasıyla değiştirilebilir. Toplumdaki sağlık hizmeti kullanımı bu sayede artırılabilir. Yine ülkelerin sağlık finansman sistemlerinde cepten harcamaların hizmet kullanımını engellemeyecek şekilde değiştirilerek düzenlenmesi sağlık hizmeti kullanım düzeyini artan bir diğer unsur olacaktır (Kılıç ve Çalışkan, 2013).

Yukarıda bahsedilenlerden de anlaşılacağı üzere sağlık hizmeti kullanımına ilişkin davranışsal modelin neredeyse her aşamasında sağlık sigortası sahibi olma veya cepten ödeme durumu kişinin sağlık hizmeti kullanma davranışını etkilemektedir. Ülkemizde sosyal güvenlik hizmetleri ile ilgili düzenlemeler genel olarak 5502 ve 5510 sayılı kanunlarla yapılmıştır. Bu düzenlemeler sosyal güvenlik hizmetlerinin yanında sağlık hizmetlerini de içermektedir. Kişilerin sosyal haklarına ilişkin düzenlemeleri içeren bu kanunlar toplumun refah seviyesini, huzurunu ve mutluluğunu artırmaya yöneliktir. Ayrıca 18 yaşını doldurmuş ve öğrenciliği bitmiş kişilerin tamamı Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınarak sağlık güvencesi olmayan hiç kimsenin kalmaması amaçlanmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmeti kullananlar için sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması da bu kanunlara dayandırılarak yapılmaktadır. Katılım payı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası(GSS) Kanununun “tanımlar” başlıklı 3. maddesinde “sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler

tarafından ödenecek tutar” olarak tanımlanır. Katılım payı, genel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişilerden 01.10.2008 tarihinden itibaren alınmaya başlanmıştır. 5510 sayılı kanunun yanında, SGK tarafından çıkarılan ve 29.09.2008 tarihli ve 27012 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği ” bu uygulamanın yasal dayanağıdır. Literatürde katılım payı uygulamasının temel nedeni olarak ise sağlık harcamalarındaki gereksiz kullanımı ve israfı azaltmak, sosyal güvenlik sistemini tek başına finanse eden devlete kaynak sağlamak gibi ekonomik nedenler gösterilmektedir. Yasa nezdinde sağlık hizmetlerinde katılım payı alınmasının sebepleri 5510 sayılı Kanunun 68. maddesinin 2. fıkrasında “sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltmak ve gerçek hizmet talebinde bulunanlara daha iyi hizmet verebilmek için alınmaktadır” şeklinde belirtilmektedir. Bütün bunların yanında sağlık hizmeti veren gerek kamu gerek özel sağlık kuruluşlarının, acil sağlık hizmetlerinden herhangi bir katılım payı almaması için Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

Katılım payı alınacak sağlık hizmetleri 5510 sayılı kanunun 68. maddesinin 1. fıkrasında ve SUT un "Katılım Payı" başlıklı 3.2. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden, vücut dışı protez ve ortezlerden, ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan, yardımcı üreme yöntemi tedavilerinden, katılım payı alınmaktadır.

Tablo 2: Muayene katılım payı tablosu

	Emekliler	Sigortalılar
Aile Hekimlikleri	Katılım payı alınmaz	Katılım payı alınmaz
Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları	6 TL alınır. Emekli aylığından tahsil edilir.	6 TL alınır. Eczanelerce Tahsil edilir
İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları	8 TL alınır. Emekli aylığından tahsil edilir.	8 TL alınır. Eczanelerce Tahsil edilir
Özel Sağlık Kuruluşları	15 TL alınır. Emekli aylığından tahsil edilir.	15 TL alınır. Eczanelerce Tahsil edilir

Kaynak: SUT, 2018.

Özel ve Kamu sağlık hizmet sunan kurumlarca; 2007 yılından bu yana sunulan sağlık hizmetlerine dair bilgileri bünyesinde tutan bunlarla beraber ayrıca

elektronik ortamda ödeme işlemlerinin yapıldığı MEDULA adı verilen bir sistem kullanılmaktadır. Sistem çalışması şu şekildedir:

İkinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına veya özel sağlık kuruluşlarına başvuran sigortalı birey, sosyal güvenlik kurumu tarafından temin edilen bir sistemden sağlık hizmeti almaya uygunluğunu (sigortalı ve ya sigorta pirim borcu olmadığını içeren) ifade eden bir ön onay (provizyon) işleminden geçmektedir. Ön onay alındıktan sonra sigortalının kullandığı bütün sağlık hizmetleri sağlık hizmeti aldığı kuruluş tarafından sistemdeki provizyon numarasına kaydedilmekte ve MEDULA sistemi üzerinden takip edilerek faturalanmaktadır. Özel ve ya kamuya bağlı sağlık kuruluşlarından hizmet alan bireylerin tedavi katılım paylarının ödenmesi, birey aktif sigortalı olarak çalışıyorsa eczaneye gittiğinde sigortalı tarafından cepten ödeme şeklinde, emekli olmuşsa bireyin emekli aylığından kesilerek gerçekleştirilmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Günümüzde kalite hemen her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önem verilen bir konudur. Artan rekabet, sağlık hizmeti kullanıcılarının talepleri ve baskıları, yasal düzenlemeler ve ülke idarecilerin yaptığı sağlık hizmetleri sunumundaki değişiklikler, sağlık hizmeti veren kuruluşları daha maliyet-etkili, daha az zaman ve emek harcayarak, daha yüksek verimli ve pozitif yönü bir hizmet sunumu arayışına yöneltmektedir. Bu da kalite kavramının gelişmesini sağlamaktadır. Bu bölümde hizmet kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite sürecinin nasıl geliştiği ve sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri açıklanacaktır.

2.1.Hizmet Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmeti kullanımı, kişilerin belirli bir zaman diliminde sağlık sistemi ile çoğunlukla algıladıkları hastalık ilişkisi sonucu gerçekleşmektedir. Bu kullanım sonucu hizmet ve tüketici olmak üzere iki kavram ortaya çıkmaktadır.

Hizmet kavramının literatürde birçok tanımı bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar “tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir ürün” olarak tanımlarken bazı araştırmacılara göre ise “başka birisi için iş icra etmektir” şeklinde tanımlanmaktadır (Goetsch ve Davis, 1998 akt. Rahman vd., 2007).

Karabulut (1998)’a göre sağlık hizmetleri, “belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere, ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem” olarak tanımlanırken, Sezer (1999)’e göre ise “kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastaların hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükselmek için yapılan planlı çalışmaların tümü” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlardan sağlık hizmetlerinin temel amacının toplumun hasta olmamasını sağlamak veya onları

hastalıklardan korumak olduğu çıkarılabilir. Ayrıca sağlık hizmeti denildiğinde akla ilk olarak doktorların bilgi ve becerileri, sağlık kuruluşlarının tıbbi ve teknolojik kapasiteleri, sunulan hizmetlerin çeşitliliği ve sağlık personellerinin hastaya olan davranışları gelmektedir.

Sağlık hizmetleri açısından tüketici kavramı, sağlık hizmeti sitemleri ile kişi veya toplumların sürekli ilişkilerini tanımlayan daha geniş bir kavram olup sağlık hizmetini satın alan, kullanan, fayda sağlayan, ihtiyacını gideren kişi, grup veya toplumları ifade etmektedir (Besterfield vd.,1999).

Hizmetlerin üretimi ve tüketimi eş zamanlıdır. Dolayısıyla hizmetlerin gerçekleşmesi hem çalışanların hem de hizmeti tüketenlerin ortak bir çabasının etkileşimlerinin sonucudur. Bu etkileşimde ise çalışanların davranışları çok büyük rol oynamaktadır. Ayrıca hizmetler dokunulmaz, değişken, stoklanmaz ve heterojendir. Hizmetlerin bu özelliklerinden başka sağlık hizmetlerinin ayrıca bir takım özellikleri bulunmaktadır. Bunlar:

- Sağlık hizmetleri soyuttur. Hizmeti almadan önce deneme şansı olmadığı için hizmet tüketildikten sonra bile çoğu zaman değerlendirilemez.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez.
- Sağlık hizmetleri gerek teknolojik gelişmeler sebebiyle gerekse alanında uzman, yarı uzman ve uzman olmayan kişilerin çalıştığı yüksek maliyetli hizmetlerdir.
- Sağlık hizmetleri çevresindeki birçok sektörle etkileşim içindedir. Dolayısıyla çevresindeki her değişim sağlık hizmeti sunucularını da değişime ve gelişime itmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde arz talep dengesi kurulması zordur. Toplumun bilinçlenmesi, artan nüfus, gelir ve eğitim düzeyinin artması, nüfus yaş ortalamasının artması gibi faktörlerle sağlık hizmetlerine olan talepler artarken, bu talepler düzenli değildir dolayısıyla sağlık hizmeti arzı bu talepler karşısında denge güdülenerek gerçekleştirilmektedir.
- Bir kişinin aldığı fayda bütün toplumu etkilemesi sebebiyle sağlık hizmetlerinin dışsal faydası vardır.

- Bilgi asimetrisi vardır. Hizmet alanların alacakları hizmet konusunda tam olarak bilgisi yoktur. Dolayısıyla sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin kendisine yapılacak olan tetkik ve tahlillerin hangisi olacağını bilemez. Dolayısıyla hasta-doktor ilişki tamamen “güven”e bağlıdır. Bu unsur doktorun icra ettiği tıp mesleğinin prensipleri için de geçerlidir. Bir doktorun mesleğinin ya da bir hastanın hayatının herhangi bir bedeli yoktur.

- Sağlık hizmetleri sunduğu en basit hizmetten en karmaşık olanına kadar sürekli risk barındırdığı için herhangi bir garantiden söz edilemez (Tengilimoğlu,2012).

2.2. Hizmet Kalitesi ve Boyutları

Sağlık hizmetlerinin bu özelliklerinden de anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin toplumsal özellik taşıması, kar amacı değil sosyal amaç gütmesi, doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması, sunulan hizmet ve uygulanan tedavileri önceden deneme ihtimalinin olmaması, yapılacak en ufak bir hatanın insan hayatı açısından ciddi sonuçlar doğuracak olması sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının gelişmesini kaçınılmaz hale getirmiştir. Ancak hizmet kalitesinin birçok değişkenden etkilenmesi, objektif bir tanımdan uzak olmakla beraber subjektif faktörlerin etkilerine de açık oluşu sebebiyle tam bir tanımı yoktur. Hizmet kalitesi göreceli bir kavram olup hizmeti kullanan herkesçe farklı değerlendirilebilmektedir. Beklentiler herkesçe farklı olabileceği gibi kullanılan ürün veya hizmetten elde edilen faydada herkesçe farklı olmaktadır. Dolayısıyla bir kişinin kaliteli olarak algıladığı ürün veya hizmet bir başkasına göre kaliteli olmayabilir. Bu durum sağlık hizmetleri içinde geçerlidir. Her ne kadar sağlık hizmetleri kalitesini tam manada karşılayacak tek bir tanım oluşturmaya çalışılsa da bu konuda tam bir başarı sağlanabilmiş değildir. Literatürde sağlık hizmetleri kalitesini anlatan birden çok tanım bulunmaktadır.

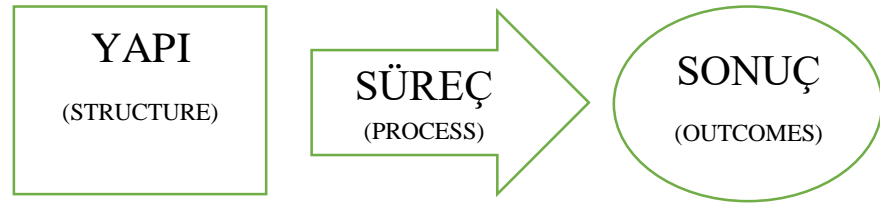
Literatürde en fazla atıf alan sağlık hizmeti kalitesi tanımları Donebedian, Amerikan Tabipler Birliği ve A.B.D. Tıp Enstitüsü tarafından yapılan tanımlardır.

Avedis Donabedian (1995), sağlık hizmeti kalitesini hastanın iyilik halinin mümkün olan en üst düzeye çıkarılması için verilen hizmet olarak tanımlamaktadır.

Donabedian (1980)'a göre kalite düzeyi; sunulan hizmetin her aşamasında beklenen kazançlar ve kayıplar dengesini dikkate aldıktan sonra, kapsayıcı bir hasta refah ölçüsünü maksimize etmesi beklenen seviyedir.

Donabedian (1980) sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını üç faktör üzerine kurmuştur. Bu faktörler (Akalin, 2000);

Şekil 4: Sağlıkta Kalitenin 3 Temel Faktörü



Kaynak: Donabedian, 1980.

Yapı (Structure): Sağlık hizmeti sunan bir kuruluşun yapısal karakteristiğini ya da fiziksel yeterliliğini ifade etmektedir. Bir hastane için; çalışanlarının bilgi, beceri ve yetenekleri, hasta başına düşen hekim ve hemşire sayısı, kullanılan teknolojik cihazlar örnek verilebilir.

Süreç (Process): Bu faktör teknik süreç ve kişilerarası süreç olmak üzere iki şekilde değerlendirilmektedir. Teknik süreç denildiğinde sağlık hizmetlerinin hastaya zamanında, etkin ve etkili şekilde bilimsel ve teknolojik gelişmelere uygun olarak verilmesi akla gelirken, kişilerarası süreçte ise teknik sürecin uygulanması sırasında hasta ile olan iletişimin uygun, kültürel hassasiyetlere saygılı şekilde olması hizmet kalitesini etkileyen faktör olarak akla gelmektedir.

Sonuç(Outcomes): Verilen sağlık hizmetinin hastanın sağlık durumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesidir.

Donabedian'a göre, kalitenin birbiriyle yakından ilgili üç ögesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Teknik hizmetin kalitesi, teknik performansa bağlıdır. Teknik performans ise sağlığının o alanında uygulanan en iyi performans ile karşılaştırılarak değerlendirilir.
- Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan özellikleridir. Rahatlık, sessizlik, mahremiyet, uygunluk gibi özellikler sağlık hizmeti sunan yerlerden beklenen özelliklerdir.
- Hizmetle ilgili tüm taraflar arasındaki kişilerarası ilişkinin iyiliği. Özellikle de hasta ile sağlık hizmeti sunumundaki muhatabı (doktor, hemşire gibi) arasındaki iyi ilişkidir. Kişiler arası ilişkilerde mahremiyet, ilgi, empati, kibarlık, dürüstlük gibi davranışlar beklenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) sağlık hizmeti kalitesi tanımını, 100 aşkın kalite tanımı ve kalite parametresini kapsamlı bir inceleme ve istişare sonunda 1990 yılında geliştirmiştir. Sağlık hizmeti kalitesi ilk tanımlandığında sağlık profesyonelleriyle ve sağlık araştırmacılarının ilgi alanlarıyla sınırlanırken sonraları hastalar ve diğer paydaşların görüşleri eklenerek bu sınır genişletilmiştir. Bu çalışmaların nihayetinde ABD Tıp Enstitüsü'ne göre sağlık hizmeti kalitesi “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık düzeylerine ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” şeklinde ifade edilmiştir. Bu durum bize sağlık hizmetleri kavramının sürekli değişip geliştiğini göstermektedir (IOM, 1990; Kaya, 2005; 2013).

Bir sağlık tanımı da İngiltere Sağlık Departmanı (Department of Health) tarafından yapılmıştır. İngiltere Sağlık Departmanı (1997) sağlıkta kaliteyi; “doğru hizmetlerin, doğru kişilere, doğru zamanda ve ilk seferde doğru şekilde sunulması” olarak ifade etmektedir.

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) tarafından yüksek kaliteli sağlık hizmeti; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlanmıştır (Kayral, 2014).

Yine Amerikan Tabipler Birliği tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşması gereken bir takım özellikler açıklanmıştır. Bu raporda;

- Bireylerin sağlık düzeyinin artırılması, hastalık ve benzeri olumsuz durumların erken tanı ve tedavisi,
- Sağlık hizmetinin başlangıcının tam zamanında verilmesi, tedavi sürecinin kesintisiz olması, gerekli olmayan tedavilerin verilmemesi ve tedavi sürecinin gereksiz yere uzatılmaması,
- Hastanın sağlık bakım hizmetlerini kullandığı süreçte, bu süreçle ilgili kararlarda hastanın aktif olarak sürece dahil edilmesinin sağlanması
- İstenilen tedavi sonuçlarına ulaşmak için kullanılan teknolojik ve profesyonel kaynakların, tıp bilimine uygun olarak etkili ve verimli kullanılması,
- Sağlık hizmetinin hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesi ve hedefiyle sunulması
- Hastalığın hastada oluşturabileceği stres ve endişeye karşı duyarlı olunması,
- Farklı doktorlardan da görüş alınabilmesi ve tedavi sürecinde aksaklık yaşanmaması için hastanın tıbbi kayıt dosyasının iyi bir şekilde tutulması gerektiği belirtilmiştir (Devebakan, 2006: 129).

Ülkemizde ise sağlık bakanlığı bünyesinde Klinik Kalite Programı çerçevesinde bir çalışma grubu oluşturulmuş ve bu çalışma grubu birçok kalite tanımını inceleyerek T.C. Sağlık Bakanlığı'na da onaylanan bir tanım geliştirmiştir. Bu tanıma göre kalite, “en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması” olarak belirtilmiştir. Bu tanım sağlık hizmetlerinde kaliteye ait genel bir tanımdır. Klinik Kalite Programına göre klinik kalite ve hizmet kalitesi sağlık hizmetlerinde kalitenin iki temel unsurudur (Gürsöz vd. 2018; Kayral, 2014).

T.C. Sağlık Bakanlığına göre klinik kalite, “Kanıt dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır” şeklinde tanımlanırken; hizmet kalitesi ise “Toplumdaki sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi, asgari bekleme süreleri de göz önünde bulundurularak sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması, hasta-çalışan iletişiminin güçlendirilmesi, tedavi sunma hızının ve yatış süresinin iyileştirilmesi, sağlık tesisine ait fiziksel ortamların (odalar, yemek vb.) iyileştirilmesi, yeterli kaynak ve ekipmana sahip iyi eğitilmiş çalışanların görevlendirilmesi, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması yolu ile hasta ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini geliştirerek, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların etkili, etkin, verimli yönetimini ve yüksek performansa ulaşmasını sağlamaktır.” şeklinde tanımlanmaktadır.

Bütün bu tanımlar birlikte değerlendirildiğinde sağlıkta kalite anlayışının, hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkartılması (total patient welfare) anlayışıyla başlayıp geçen zaman içerisinde arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşmak (health outcomes) şeklinde daralmaya uğradığı görülmektedir. Bu durum bize başlarda “hastaların” sağlıkta kalite anlayışının odağında iken zamanla bu odağın “bireylere” ve dolayısıyla “topluma” yöneldiğini göstermektedir (Evans vd. 2001).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ölçülmesi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımlanmasının zor olduğu kadar ölçülmesi de zordur (Argan, 2002). Sağlık hizmetlerinde kalite denildiğinde genel olarak tanı ve tedavi açısından doğruluk, uygunluk ve isabetlilik akla gelmektedir. Dolayısıyla hizmet alıcıların (hasta ve hasta yakını gibi) aldığı hizmetin kalitesini belirlemesi göreceli ve soyut bir süreçtir. Sunulan hizmetin belirli standartları karşılayıp karşılamaması hizmet alıcıların memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde uygulanan çeşitli memnuniyet araştırmaları hizmet alıcıların aldığı hizmetten dolayı memnuniyetini ölçmek, onların olumlu-olumsuz geribildirim, öneri ve beklentilerini öğrenmek açısından çok kıymetlidir. Çünkü hizmet alıcılardan edinilen bu bilgilerle, onların verilen bu hizmetlere karşı algıları ve beklentileri değerlendirilmekte böylece sağlık kuruluşları, hizmet alıcılara göre kendilerinin

yetersiz ve eksik oluğu yerleri tanıma fırsatı bulmaktadır. Elde edilen bilgilerin ise sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi için sonraki süreçlerde uygulanacak politika ve stratejilerin belirlenmesinde kullanılması sağlanmaktadır. (Bircan ve Baycan, 2004; Tengilimoğlu, 2013). Böylece sağlık kuruluşları yalnızca hizmet alıcıların memnuniyetini ölçmekle kalmayıp onlardan aldığı verilerle kendi performanslarını da değerlendirme fırsatı bulmaktadır (Özen vd., 2011).

Donabedian (1980;1990) sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirilmesini 7 özellikle açıklamıştır (Çavuş ve Gemici, 2013). Bunlar:

Etklilik (Efficacy): Sağlık hizmetleri alanında elde olan mevcut bilimsel bilgiler ve teknolojik imkanlar kullanılarak, hastanın durumunda en kısa sürede maksimum gelişme sağlanmasıdır.

Etklilik (Effectiveness): Bilimsel ve teknolojik açıdan sağlıkta şimdi ulaşılabilir olan standartlara gerçekte de ulaşma seviyesidir. Diğer bir ifade ile hastaların sağlık durumunda gerçekleşmesi beklenen ve ya gerçekleşen somut iyileşmedir. Eğer somut iyileşme varsa ve hastanın durumunda pozitif yönde bir gelişme yaratmışsa bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir.

Verimlilik (Efficiency): Bir hizmetin etkisinin en fazla maliyetinin ise en az olacak şekilde yapılmasıdır. Böylece tedavi süreci gereksiz şekilde uzatılmaması ve hastanın doğru tedaviyi en kısa sürede almasıdır.

Optimal Olma (Optimality): Kullanılan hizmet miktarıyla maliyetlerin dengelenmesidir.

Kabul Edilebilirlik (Acceptability): Hastaların veya hasta yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyuşan bir sağlık hizmeti verilmesidir. Hastanın hizmete erişimi, hasta ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki ilişki, hizmetin hastaya rahatlık sağlayan yönleri, hastaların alacakları sağlık hizmetlerinin etki, risk ve maliyetleri, eşit hizmet alacakları yerler, hizmetin kabul edilebilirliğinde etkilidir.

Yasalılık (Legitimacy): Verilen sağlık hizmetinin yasalara, sosyo kültürel değerlere, etik prensiplere, sosyal değerlere ve normlara uygunluğudur.

Eşitilik (Equity): Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmasını, ayırım yapılmaksızın doğru ve adil bir biçimde sağlık hizmetlerinin ve faydaların dağıtılmasını ifade etmektedir.

Donabedian'a göre bu 7 özellik, tek tek ya da çeşitli kombinasyonlarla bir Şekilde ölçülüp değerlendirilebilirse kalitenin derecesini gösterebilmektedir (Kaya,2013).

Daha önce de ifade edildiği gibi sağlık hizmeti kullanıcılarının aldıkları hizmeti değerlendirmesi soyut bir süreç olduğu için ölçülmesi ve çıktının tanımlanması zordur. Babakus ve Mongold (1992), hastaların sunulan sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini tam olarak değerlendiremeyeceğini dolayısıyla hastaların kalite algısının aslında değer algısı olduğunu bu nedenle de sağlık hizmetini kullanmada en önemli etken olduğunu belirtirken, Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) ise, sağlık hizmeti kullanıcılarının algısını ölçmenin o sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini değerlendirmek için doğru bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir.

3. YÖNTEM VE GEREÇ

Kesitsel tipteki bu çalışmada, 2016-2017 eğitim öğretim yılında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesindeki öğrencilerin algıladıkları sağlık hizmeti kalite düzeyini, sağlık hizmeti kullanım sıklıklarını ve bu hizmetleri nerelerden karşıladıklarını belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için kurum izinleri önceden alınmıştır. Çalışmanın etik kurul izni ise Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27/04/2017 tarihli toplantısında 2017 sayılı karar ile alınmıştır (Ek-2).

Çalışmamızın farklılık hipotezleri sunulmuştur:

H0₁: Katılımcıların beklenen kalite hizmet boyutu ortalamaları ile öğrenim birimleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Katılımcıların beklenen kalite hizmet boyutu ortalamaları ile öğrenim birimleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0₂: Katılımcıların algılanan kalite hizmet boyutu ortalamaları ile öğrenim birimleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H2: Katılımcıların algılanan kalite hizmet boyutu ortalamaları ile öğrenim birimleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0₃: Sağlık kuruluşlarının kalite hizmet boyutları ile öğrenim birimi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H3: Sağlık kuruluşlarının kalite hizmet boyutları ile öğrenim birimi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0₄: Sağlık kuruluşlarının kalite hizmet boyutları ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H4: Sağlık kuruluşlarının kalite hizmet boyutları ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

3.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında iki adet soru formu kullanılmıştır. Bunlardan ilki, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş sağlık hizmeti kullanımı soru formu; ikincisi SERVQUAL ölçeğidir. İle olmak üzere iki adet soru formu kullanılmıştır.

1. Sağlık hizmet kullanımı soru formu:

Bu formda katılımcıların demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili kimi temel bilgileri belirlemek amacıyla 34 soru yer almaktadır. Formda ilk 4 soru katılımcıların cinsiyet, yaş, öğrenim gördüğü birim, bölüm ve sınıf soruları olmak üzere demografik özellikleri, sonraki 30 soru ise sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti kullanım sıklığını belirlemek için oluşturulan hizmet kullanımı ile ilgili soruları içermektedir. Ayrıca bu bölüm içerisinde SERVQUAL ölçeği içinde yer alan bir bölümün burada çeşitli sağlık kuruluşları açısından (Aile sağlığı merkezi, devlet hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri) değerlendirmeleri hedeflendi. Bu bölümde katılımcıların önem verdiği derecelere göre 5 kalite hizmet boyutuna göre sağlık kuruluşunu toplam 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istendi. Böylece katılımcılar, hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarını da kalite hizmeti boyutlarına göre ayrıntılı olarak puanladılar.

2. SERVQUAL Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği

Hizmet kalitesi ve hizmeti kullanıcısının memnuniyeti ölçümünde yaygın olarak kullanılan ölçeğin ilk bölümünde katılımcıların genel olarak sağlık hizmeti almaya gittikleri bir sağlık kuruluşundan beklentileri ile ilgili 5 kalite hizmet boyutunu da içeren 15 soru önermesi yer almaktadır. İkinci bölümde ise birinci bölümdeki 15 soru önermesi bu kez katılımcıların en son hizmet aldıkları sağlık kuruluşu için sorulmaktadır (Kesinlikle Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılıyorum=5).

SERVQUAL ölçeği, ilk olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) tarafından Amerika’da geliştirilmiştir. SERVQUAL ölçeğiyle hizmet kullanıcılarının hizmetten beklentileri ve hizmet kullanımı sonrasında gerçekleşen algıları ölçmek amaçlanmaktadır. 1992 yılında Babakus ve Mangold tarafından SERVQUAL ölçeğini sağlık hizmetlerine uyarlama çalışması yapılmış ve 15 maddeli bir SERVQUAL ölçeği geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Devedbakan (2001) tarafından yapılmıştır. Devedbakan tarafından yapılan güvenilirlik analizinde, beklenti ve algılama soru önermeleri için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,93 ve 0,89 olarak hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilks testiyle incelenmiştir. Test sonucuna göre beklenti ve algılama soru önermeleri için p değeri 0.05’ten büyük olduğu için beklenti ve algılama soru önermelerine verilen cevapların normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir.

Algılanan Hizmet Kalitesi (SERVQUAL) ölçeği, Fiziksel özellikler (tangibles), Güvenilirlik (reliability), Heveslilik (responsiveness), Güven (assurance) ve Empati (empathy) olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır.

Fiziksel Özellikler (Tangibles): Sağlık hizmeti alınan kuruluşun bina, araç-gereç, donanım ve personelin fiziksel görünümü,

Güvenilirlik (Reliability): Sunulan sağlık hizmetini ilk seferde doğru olarak sunma becerisi, kurum kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmetin söz verilen zamanda yerine getirilebilmesi,

Heveslilik (Responsiveness): Personelin hizmet sunumundaki istekliliği, hizmet kullanıcılarına hızlı hizmet verme ve yardım konusunda gönüllülük, randevuların hızlı ayarlanması,

Güven (Assurance): Çalışanların bilgili ve nazik olması ve hizmet kullanıcılarında güven duygusu uyandırabilme becerileri,

Empati (Empathy): Çalışanların kendisini hizmet kullanıcıların yerine koyması, hizmet kullanıcılara kişisel ilgi gösterilmesi.

Bu 5 hizmet boyutu değerlendirildiğinde hizmet veren kuruluşun hizmet kalite anlayışı veya hizmet kullanıcısının hizmeti kullanmadan önceki beklentileri ve kullanım sonrası yararlandığı hizmet arasında ortaya çıkan bir takım farklar vardır. Bu farklar 5 noktada oluşur ve “Boşluk (gab)” olarak tanımlanmıştır.

1.Boşluk: Sağlık hizmeti kullanıcılarının beklentileri ile sağlık hizmeti sunucularının bu beklentileri algılaması arasında oluşan boşluk

2.Boşluk: Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık hizmeti kullanıcılarının

3.Boşluk: Sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmeti kalite standartları arasındaki boşluktur.

4.Boşluk: Sağlık hizmeti kullanıcısına sunulan sağlık hizmeti ile sağlık hizmeti kullanıcısının hizmeti henüz almadan önce hizmet hakkında bilgileri ile arasındaki boşluktur.

5.Boşluk: Beklenen sağlık hizmeti ile hizmet kullanıcılarının algıladıkları sağlık hizmet kalitesi arasında oluşan boşluktur.

Son boşluk olan 5.Boşluk SERVQUAL modelinin sayısal olarak ifade edildiği boşluktur, diğer boşlukların birlikte değerlendirilmesiyle ortaya çıkmaktadır.

SQ1 = Fiziksel özellikler kalite hizmet boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ2 = Güvenirlilik kalite hizmet boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ3 = Heveslilik kalite hizmet boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ4 =Güven kalite hizmet boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

SQ5 = Empati kalite hizmet boyutuna yönelik SERVQUAL skoru

olmak üzere, hizmet kalitesi boyutlarına yönelik SERVQUAL skorlarının hesaplanma şekli aşağıda gösterilmiştir:

$$SQ1 = [(A1 - B1) + (A2 - B2) + (A3 - B3)] / 3$$

$$SQ2 = [(A4 - B4) + (A5 - B5) + (A6 - B6)] / 3$$

$$SQ3 = [(A7 - B7) + (A8 - B8) + (A9 - B9)] / 3$$

$$SQ4 = [(A10 - B10) + (A11 - B11) + (A12 - B12) + (A13 - B13)] / 4$$

$$SQ5 = [(A14 - B14) + (A15 - B15)] / 2$$

Eşit Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması:

Her bir kalite boyutu skoru hesaplandıktan sonra toplanır. Ortaya çıkan sayı toplam 5 kalite hizmet boyutu olduğu olduğu için 5'e bölünür. Elde edilen skor eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru(Unweighted SERVQUAL Score)'dur. Ayrıca Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru hesaplanırken katılımcıların kalite hizmet boyutlarını 100 puan üzerinden değerlendirdiği kısım buraya dahil edilmez. Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanabilmektedir.

$$SQE = [(SQ1) + (SQ2) + (SQ3) + (SQ4) + (SQ5)] / 5$$

Ağırlıklı SERVQUAL Skorunun Hesaplanması:

Ağırlıklı SERVQUAL skorunun (Weighted SERVQUAL Score) hesaplanması için öncelikle SERVQUAL ölçeğinin ikinci kısmında, hastaların her bir kalite boyutuna verdikleri puanların 100'e oranlanması ile bir katsayı elde edilir. Bu işlem her bir katılımcı için ayrı ayrı yapılır. Daha sonra elde edilen katsayı, ilgili kalite boyutunun SERVQUAL skoru ile çarpılıp, elde edilen toplam 5'e bölünür. Ağırlıklı SERVQUAL skorunun hesaplanmasının matematiksel ifadesi aşağıda gösterilmiştir:

$$SQA = [(SQ1 * k1) + (SQ2 * k2) + (SQ3 * k3) + (SQ4 * k4) + (SQ5 * k5)]$$

(k = Hastaların her bir boyuta verdiği puanın 100'e oranlanması ile elde edilen hizmet kalitesi boyutuna ait ağırlık katsayısı)

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışma 2016-2017 eğitim öğretim yılında Namık Kemal Üniversitesi (NKÜ) sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın evreni Sağlık Yüksekokulu (SYO) ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO)'nda kayıtlı görünen 402'si kadın, 120'si erkek toplam 522 kişidir.

Çalışmada örneklem seçilmemiş evrenin en az %80'ine erişilmesi hedeflenmiştir. Öğrencilere ulaşımı en üst düzeyde tutabilmek amacıyla veriler, 2017 bahar dönemi final sınavları haftasında toplanmıştır. Sınıflarında bekleyen öğrencilere sınavlarından önce çalışma hakkında bilgi verilmiş, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere soru formları dağıtılmış, veriler doğrudan gözlem altında doldurulmuştur. Bu işlem sırasıyla her sınıfta tekrar etmiş, veri toplama süreci 5 iş günü sürmüştür. Bir anket formunun cevaplanması 30-45 dk arasında sürmektedir. Uygulama sonunda okula devam etmeyen, çalışmaya katılmak istemeyen öğrenci sayıları ve geçersiz anket formları çıkarıldığında 437 geçerli veri formuna ulaşılmıştır. Böylece evrenin %83.7'sine ulaşılmıştır.

3.3. Veri Analizi

Veri analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır.

Veri kontrolü yapıldıktan sonra, tamamlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. (Ortalama, Standart sapma, medya, en küçük ve en büyük değerler, frekans ve yüzdeler dağılımlar).

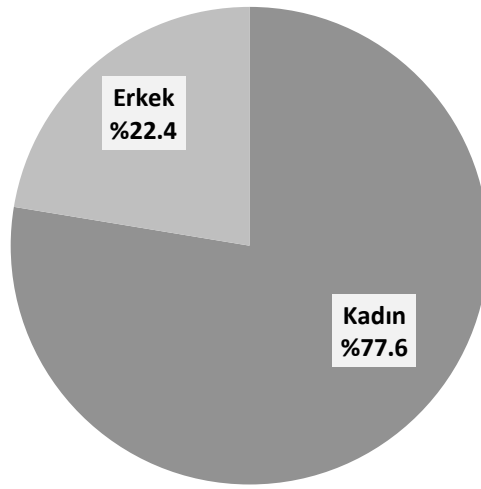
Karşılaştırmalı analizlerde, parametrik test varsayımlarının gerçekleştiği durumlarda, ikili karşılaştırmalarda student t-testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ve ardından Post-hoc Bonferroni testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında da ki-kare testi kullanılmıştır.

3.4. Bulgular

Temel Sosyodemografik Değişkenler:

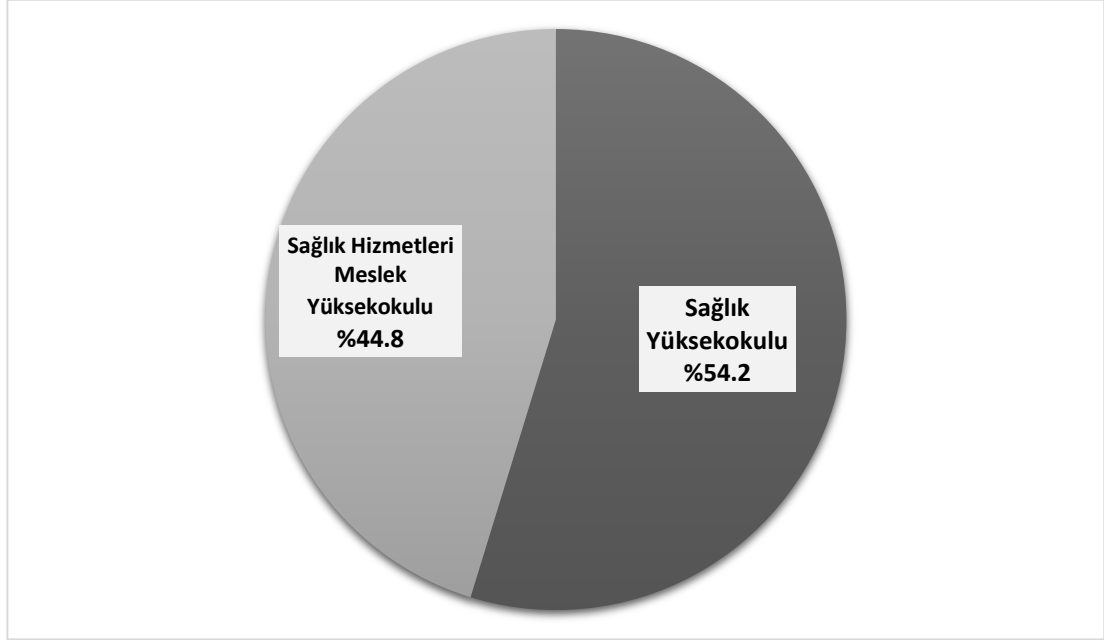
Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.74 ± 2.04 'tü (18-30) ve %77.6'sı kadın (n=339), %22.4'ü ise erkektir (n=98) (Şekil 5).

Şekil 5: Katılımcıların cinsiyet dağılımı, 2017-Tekirdağ



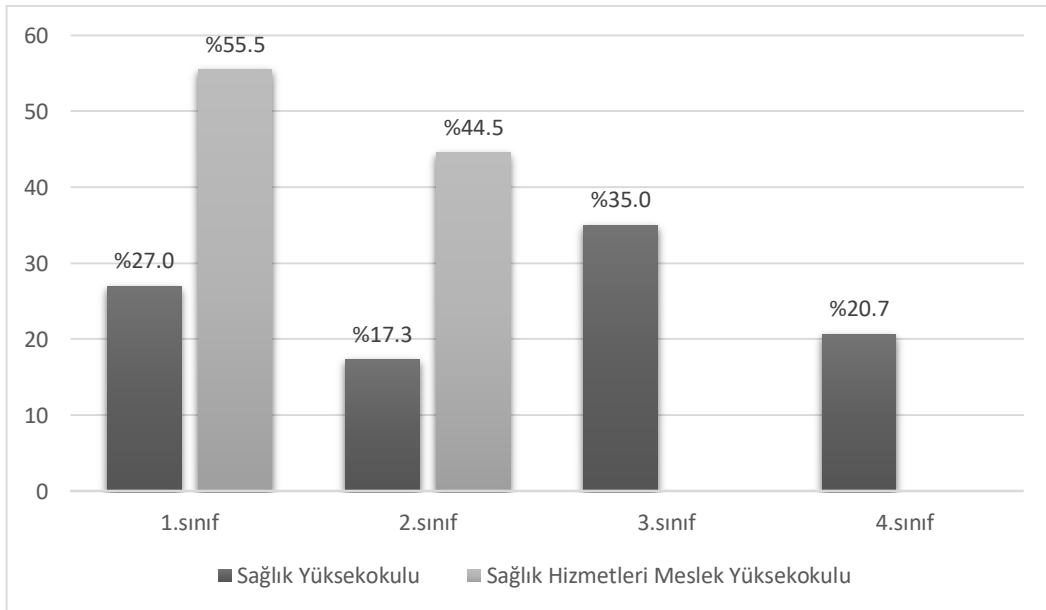
Araştırmaya katılan öğrencilerin %54.2'si Sağlık Yüksekokulu (n=200), %44.8'i ise Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (n=237)'nda okumaktadır (Şekil 6).

Şekil 6: Katılımcıların okuduğu okullar, 2017-Tekirdağ



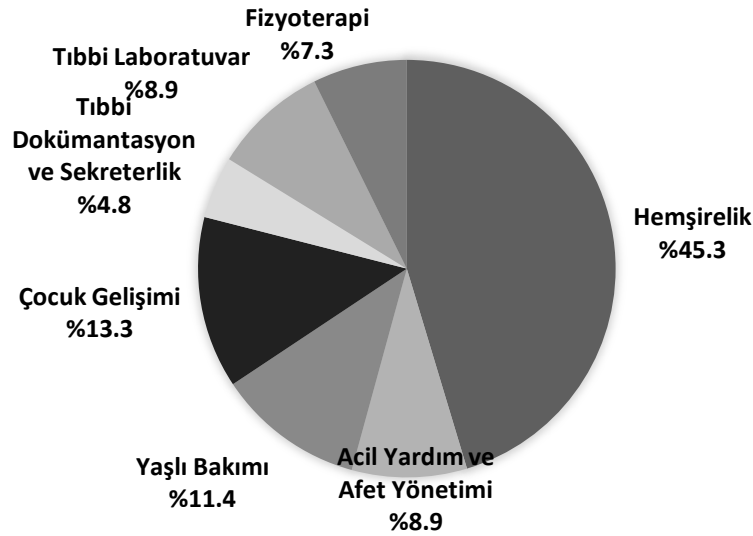
SYO öğrencilerinin %27'si birinci sınıf (n=64), %17.3'ü ikinci sınıf (n=41), %35'i üçüncü sınıf (n=83), %20.7'si dördüncü sınıf (n=49), SHMYO öğrencilerinin ise %55.5'i birinci sınıf (n=11), %44.5'i ikinci sınıf (n=89) öğrencisidir. (Şekil 7)

Şekil 7: Katılımcıların okuduğu sınıflar , 2017-Tekirdağ



Araştırmaya katılan öğrencilerin %45.3'ü hemşirelik (n=198), %8.9'u acil yardım ve afet yönetimi (n=39), %11.4 yaşlı bakımı (n=50), %13.3'ü çocuk gelişimi (n=58), %4.8'i tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik(n=21), %8.9'u tıbbi laboratuvar (n=39), %7.3'ü fizyoterapi (n=32) bölümlerinde öğrenim görmektedir (Şekil 8).

Şekil 8: Katılımcıların okuduğu bölümler, 2017-Tekirdağ



SERVQUAL Ölçeği Değerlendirmeleri:

Katılımcıların SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarına ilişkin değerlendirmelerine ait ortalamalar Tablo 4'te verilmiştir.

Katılımcıların bu ölçekle en yüksek beklentileri sırasıyla ilk olarak, Empati kalite hizmet boyutu altında 4.74 puan ile “Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır” önermesi, ikinci olarak Güvenilirlik kalite hizmet boyutu altında 4.67 puan ortalamasıyla “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.” üçüncü sırada da Güven kalite hizmet boyutu altında 4.67 puan ortalamasıyla “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) bilgili olmalıdır.” önermesi yer almaktadır.

En yüksek algıları ise “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altında 3.80 puan ile “Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.” önermesini, ikinci olarak “Güven” kalite hizmet boyutu altında 3.76 puan ile “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) kibar olmalıdır.” önermesi, üçüncü sırada ise Fiziksel özellikler kalite hizmet boyutu altında 3.75 puan ile “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.” yer almaktadır (Tablo 3)

Tablo 3: Katılımcıların SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin ortalama değerleri, 2017-Tekirdağ

SERVQUAL Ölçeği Boyutları	Beklenti \pm Ss	Algılama \pm Ss
Fiziksel Özellikler Boyutu		
Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4.64 \pm 0.83	3.69 \pm 1.09
Hastanelerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	4.32 \pm 0.93	3.50 \pm 1.10
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	4.58 \pm 0.84	3.75 \pm 1.00
Güvenilirlik Boyutu		
Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	4.60 \pm 0.83	3.61 \pm 1.10
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	4.67 \pm 0.72	3.58 \pm 1.16
Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	4.58 \pm 0.82	3.80 \pm 1.08
Heveslilik Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	4.60 \pm 0.77	3.53 \pm 1.16
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	4.57 \pm 0.80	3.57 \pm 1.19
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	4.57 \pm 0.86	3.55 \pm 1.18

SERVQUAL Ölçeği Boyutları	Beklenti \pm Ss	Algılama \pm Ss
Güven Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4.64 \pm 0.78	3.60 \pm 1.17
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.	4.67 \pm 0.73	3.73 \pm 1.09
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.	4.63 \pm 0.77	3.76 \pm 3.01
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	4.63 \pm 0.74	3.60 \pm 1.15
Empati Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	4.23 \pm 1.13	3.44 \pm 1.29
Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	4.74 \pm 2.56	3.67 \pm 1.16

Ss: Standart sapma

SYO öğrencilerinin en yüksek beklentileri sırasıyla 4.65 puan ile “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.” önermesi gelirken bunu 4.62 puan ile “Güven” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.” önermesi gelirken bunu 4.59 puan ile “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.” önermesi, “Heveslilik” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.” önermesi ve son olarak “Güven” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.” önermesi takip etmektedir.

En yüksek algılamaları ise sırasıyla 3.75 puan ile “Güven” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.” önermesi gelirken ikinci olarak 3.74 puan ile yine aynı kalite hizmet boyutu altındaki

“Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.” önermesi, üçüncü olarak ise 3.71 puan ile “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.” önermesi ve “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.” önermesi gelmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin ortalama değerleri, 2017-Tekirdağ

SERVQUAL Ölçeği Boyutları	Beklenti \pm ss	Algılama \pm ss
Fiziksel Özellikler Boyutu		
Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4.59 \pm 0.86	3.65 \pm 1.06
Hastanelerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	4.33 \pm 0.91	3.45 \pm 1.09
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.	4.58 \pm 0.79	3.71 \pm 0.96
Güvenilirlik Boyutu		
Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	4.57 \pm 0.82	3.56 \pm 1.08
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	4.65 \pm 0.69	3.55 \pm 1.12
Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	4.57 \pm 0.79	3.71 \pm 1.04
Heveslilik Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	4.59 \pm 0.73	3.51 \pm 1.10
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	4.51 \pm 0.83	3.51 \pm 1.12
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	4.50 \pm 0.89	3.52 \pm 1.13
Güven Boyutu		

SERVQUAL Ölçeği Boyutları	Beklenti ±ss	Algılama±ss
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4.57±0.85	3.54±1.12
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.	4.62±0.73	3.74±1.03
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.	4.53±0.84	3.75±2.88
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	4.59±0.76	3.51±1.14
Empati Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	4.19±1.17	3.31±1.31
Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	4.57±0.84	3.56±1.14

Ss:Standart sapma

SHMYO öğrencilerinin en yüksek beklentileri sırasıyla 4.74 “Güven” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.” önermesi ve “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.” önermesi iken bunu 4.72 puan ile “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.” önermesi takip etmektedir.

En yüksek algılamaları ise sırasıyla 3.92 puan ile “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.” önermesi iken bunu 3.80 puan ile “Fiziksel özellikler” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.” önermesi ve “Empati” kalite hizmet boyutu altındaki “Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.” önermesi takip etmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin SERVQUAL Ölçeği algılanan ve beklenen hizmet kalitesine ilişkin ortalama değerleri, 2017-Tekirdağ

SERVQUAL Ölçeği Boyutları	Beklenti \pm Ss	Algılama \pm Ss
Fiziksel Özellikler Boyutu		
Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	4.69 \pm 0.80	3.74 \pm 1.13
Hastanelerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	4.30 \pm 0.96	3.55 \pm 1.13
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	4.58 \pm 0.90	3.80 \pm 1.05
Güvenilirlik Boyutu		
Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	4.62 \pm 0.85	3.67 \pm 1.13
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	4.68 \pm 0.76	3.62 \pm 1.22
Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	4.59 \pm 0.86	3.92 \pm 1.11
Heveslilik Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	4.61 \pm 0.81	3.56 \pm 1.24
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	4.63 \pm 0.75	3.64 \pm 1.26
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	4.66 \pm 0.83	3.59 \pm 1.23
Güven Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	4.72 \pm 0.68	3.68 \pm 1.22
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.	4.74 \pm 0.72	3.72 \pm 1.15
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.	4.74 \pm 0.67	3.58 \pm 1.29

SERVQUAL Ölçeği Boyutları	Beklenti ±Ss	Algılama±Ss
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	4.68±0.71	3.71±1.15
Empati Boyutu		
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	4.27±1.09	3.59±1.26
Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	4.66±0.78	3.80±1.17

Ss:Standart sapma

Yapılan korelasyon analizinde ortalama beklenti ile ortalama algı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$ (Tablo 6)).

Tablo 6: Ortalama kalite hizmet beklentisi ile ortalama kalite hizmet algısı ilişkisi, 2017-Tekirdağ

	Ortalama Kalite Hizmet Algısı	
	Pearson Correlation	P
Ortalama kalite hizmet beklentisi	0,170	0,001

Öğrenim birimi ile ortalama kalite hizmet beklentisi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). H1 hipotezi reddedilmiştir.

Öğrenim birimi ile ortalama kalite hizmet algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p>0.05$) dolayısıyla H2 hipotezi reddedilmiştir.

Yapılan analizlerde katılımcıların yaşları ile ortalama kalite hizmet beklentisi ve ortalama kalite hizmet algısı arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$).

Çalışmada SERVQUAL beklenen kalite hizmet boyutu ortalamaları öğrenim birimine göre kıyaslandığında “Beklenen güven kalite hizmet boyutu” arasında ($p=0.040$) ile anlamlı bir fark saptanmıştır.

Çalışmada SERVQUAL algılanan kalite hizmet boyutu ortalamaları öğrenim birimine göre kıyaslandığında “Algılanan empati kalite hizmet boyutu” arasında ($p=0.023$) anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Algılanan ve beklenen kalite hizmet boyutları ile öğrenim birimi ilişkisi, 2017-Tekirdağ

Kalite Hizmet Boyutu	Öğrenim Birimi	N	Ortalama	Ss	P
Fiziksel Özellikler Kalite Hizmet Boyutu Beklentisi	SYO	231	4.51	0.72	0.824
	SHMYO	198	4.52	0.76	
Güvenilirlik Kalite Hizmet Boyutu Beklentisi	SYO	230	4.61	0.67	0.696
	SHMYO	193	4.64	0.73	
Heveslilik Kalite Hizmet Boyutu Beklentisi	SYO	232	4.53	0.73	0.137
	SHMYO	195	4.64	0.72	
Güven Kalite Hizmet Boyutu Beklentisi	SYO	228	4.58	0.70	0.040
	SHMYO	196	4.72	0.64	
Empati Kalite Hizmet Boyutu Beklentisi	SYO	232	4.39	0.85	0.166
	SHMYO	194	4.59	2.00	
Fiziksel Özellikler Kalite Hizmet Boyutu Algısı	SYO	232	3.61	0.85	0.367
	SHMYO	193	3.69	0.93	
Güvenilirlik Kalite Hizmet Boyutu Algısı	SYO	229	3.60	0.91	0.140
	SHMYO	193	3.73	0.95	
Heveslilik Kalite Hizmet Boyutu Algısı	SYO	231	3.51	1.00	0.439
	SHMYO	194	3.59	1.12	
Güven Kalite Hizmet Boyutu Algısı	SYO	229	3.68	1.37	0.908
	SHMYO	194	3.67	1.05	
Empati Kalite Hizmet Boyutu Algısı	SYO	232	3.44	1.11	0.023
	SHMYO	194	3.69	1.16	

Ss: Standart sapma

Cinsiyete göre SERVQUAL ölçeği algılanan ve beklenen kalite hizmet boyutu ortalama değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: SERVQUAL ölçeği algılanan ve beklenen kalite hizmet boyutu ortalama değerlerinin cinsiyete ile ilişkisi, 2017-Tekirdağ

Kalite Hizmet Boyutu	Cinsiyet	N	Ortalama	Ss	p
Beklenen Fiziksel Özellikler Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	334	4.53	0.75	0.332
	Erkek	95	4.45	0.72	
Beklenen Güvenilirlik Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	330	4.64	0.71	0.354
	Erkek	93	4.56	0.65	
Beklenen Heveslilik Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	332	4.61	0.72	0.072
	Erkek	95	4.46	0.72	
Beklenen Güven Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	331	4.67	0.67	0.153
	Erkek	93	4.55	0.67	
Beklenen Empati Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	331	4.51	1.62	0.442
	Erkek	95	4.38	0.89	
Algılanan Fiziksel Özellikler Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	330	3.64	0.91	0.987
	Erkek	95	3.64	0.84	
Algılanan Güvenilirlik Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	327	3.70	0.94	0.127
	Erkek	95	3.53	0.90	
Algılanan Heveslilik Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	330	3.56	1.07	0.582
	Erkek	95	3.50	1.01	
Algılanan Güven Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	329	3.70	1.29	0.425
	Erkek	94	3.59	1.00	
Algılanan Empati Kalite Hizmet Boyutu	Kadın	331	3.57	1.13	0.606
	Erkek	95	3.50	1.17	

Ss:Standart sapma

Ayrıca cinsiyet birimi ile ortalama beklenti ve ortalama algı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Sorular bazında SERVQUAL skorları incelendiğinde en fazla farkın (boşluğun) -1.08 puan ile “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altında “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.” önermesinde gerçekleşmiştir. Bunu -1.06 puan ile “Heveslilik” kalite hizmet boyutu altında “Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.” önermesi ve -1.06 puan ile “Empati” kalite hizmet boyutu altında “Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.” önermesi takip etmektedir.

Kalite hizmet boyutları temelinde SERVQUAL skorları değerlendirildiğinde ise en az farkın (boşluğun) -0.77 puan ile “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği görülürken en fazla boşluğun ise -1.02puan ile “Güvenilirlik” ve “Heveslilik” kalite hizmet boyutlarında gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Sorular ve Kalite Boyutları Temelinde SERVQUAL Skorları, 2017-Tekirdağ

SORULAR	SERVQUAL SKORU	KALİTE BOYUTLARI TEMELİNDE SERVQUAL SKORU
Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	-0.67	-0.77 (FİZİKSEL ÖZELLİKLER BOYUTU)
Hastanelerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	-0.81	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünüşlü olmalıdır.	-0.83	
Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	-0.99	-1.02 (GÜVENİLİRLİK BOYUTU)
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	-1.08	
Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	-0.77	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	-1.06	-1.02 (HEVESLİLİK BOYUTU)
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	-0.99	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	-1.02	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	-1.03	-0.96 (GÜVEN BOYUTU)

SORULAR	SERVQUAL SKORU	KALİTE BOYUTLARI TEMELİNDE SERVQUAL SKORU
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) bilgili olmalıdır.	-0.94	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) kibar olmalıdır.	-0.86	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	-1.02	
Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	-0.78	-0.92 (EMPATİ BOYUTU)
Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	-1.06	

Önem Derecelerine Göre Kalite Boyutlarına Verilen Puanlar:

Katılımcılar eğer kullanmış iseler aile hekimliği hizmetleri için, kalite boyutları arasında toplam 100 puanı ilgili boyutlara verdikleri önem açısından paylaştıklarında; Fiziksel özellikler boyutunun puan ortalamasının 18.02 ± 10.17 (en düşük), Güvenilirlik boyutunun puan ortalamasının 19.32 ± 8.35 , Heveslilik boyutunun puan ortalamasının 20.06 ± 11.04 , Güven boyutunun puan ortalamasının 20.67 ± 10.05 (en fazla), Empati boyutunun puan ortalamasının 19.37 ± 11.70 olduğu gözlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Aile hekimliği için kalite hizmet boyutları analizi, 2017-Tekirdağ

	N	Min.	Maks.	Ort.	Ss
Fiziksel Özellikler	277	0	70	18.02	10.17
Güvenilirlik	277	0	50	19.32	8.35
Heveslilik	277	0	100	20.06	11.04
Güven	277	0	80	20.67	10.05
Empati	277	0	100	19.37	11.70

Ss: Standart sapma

Katılımcılar eğer kullanmış iseler devlet hastaneleri için, kalite boyutları arasında toplam 100 puanı ilgili boyutlara verdikleri önem açısından paylaştırdıklarında; Fiziksel özellikler boyutunun puan ortalamasının 20.14 ± 11.70 , Güvenilirlik boyutunun puan ortalamasının 19.16 ± 8.43 , Heveslilik boyutunun puan ortalamasının 19.66 ± 9.04 , Güven boyutunun puan ortalamasının 20.81 ± 12.30 (en fazla), Empati boyutunun puan ortalamasının 18.49 ± 9.23 (en düşük) olduğu gözlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Devlet Hastanesi için kalite hizmet boyutları analizi, 2017- Tekirdağ

	N	Min	Mak	Ortalama	Ss
Fiziksel Özellikler	308	0	100	20.14	11.70
Güvenilirlik	308	0	60	19.16	8.43
Heveslilik	308	0	60	19.66	9.04
Güven	308	0	100	20.81	12.30
Empati	308	0	60	18.49	9.23

Ss: Standart sapma

Katılımcılar eğer kullanmış iseler özel hastaneler için, kalite boyutları arasında toplam 100 puanı ilgili boyutlara verdikleri önem açısından paylaştırdıklarında; Güvenilirlik boyutunun puan ortalamasının 18.67 ± 6.68 , Heveslilik boyutunun puan ortalamasının 20.58 ± 10.66 , Güven boyutunun puan ortalamasının 19.05 ± 7.37 , Empati boyutunun puan ortalamasının 18.08 ± 8.46 (en düşük) olduğu gözlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Özel Hastaneler için kalite hizmet boyutları analizi, 2017-Tekirdağ

	N	Min	Mak	Ort	SS
Fiziksel Özellikler	195	0	70	21.21	10.47
Güvenilirlik	194	0	40	18.67	6.68
Heveslilik	196	0	100	20.58	10.66
Güven	194	0	50	19.05	7.37
Empati	195	0	60	18.08	8.46

Ss: Standart sapma

Fiziksel özellikler boyutunun puan ortalamasının 21.21 ± 10.47 (en fazla), Katılımcılar eğer kullanmış iseler üniversite hastaneleri için, kalite boyutları arasında toplam 100 puanı ilgili boyutlara verdikleri önem açısından paylaştırdıklarında;

Fiziksel özellikler boyutunun puan ortalamasının 22.39 ± 12.28 (en fazla), Güvenilirlik boyutunun puan ortalamasının 17.99 ± 7.23 (en düşük), Heveslilik boyutunun puan ortalamasının 18.71 ± 7.39 , Güven boyutunun puan ortalamasının 19.82 ± 10.50 , Empati boyutunun puan ortalamasının 19.64 ± 9.75 olduğu gözlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Üniversite hastaneleri için kalite hizmet boyutları analizi, 2017-Tekirdağ

	N	Min	Mak	Ort	SS
Fiziksel Özellikler	224	0	100	22.39	12.28
Güvenilirlik	224	0	40	17.99	7.23
Heveslilik	224	0	50	18.71	7.39
Güven	226	0	100	19.82	10.50
Empati	222	0	60	19.64	9.75

Ss: Standart sapma

Kalite Hizmet Boyutları ile Öğrenim Birimi İlişkisi:

Yapılan t-testi analizi sonucunda; Öğrenim birimleri ile aile hekimliğine ait hizmet boyutları incelendiğinde, “Heveslilik” boyutu arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p= 0.043$). Devlet hastanesinin hizmet boyutları incelendiğinde, “Güven” boyutu arasında anlamlı bir fark gözlenmiş ($p=0.047$) dolayısıyla H_0 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Kalite hizmet boyutları ile öğrenim birimi analizi, 2017-Tekirdağ

Hizmet boyutu	Öğrenim birimi	N	Ortalama	Ss	P
Aile Hekimliği için Fiziksel özellikler boyutu	SYO	146	0.17	0.09	0.076
	SHMYO	131	0.19	0.11	
Aile Hekimliği için Güvenilirlik boyutu	SYO	146	0.19	0.08	0.830
	SHMYO	131	0.19	0.08	
Aile Hekimliği için Heveslilik boyutu	SYO	146	0.21	0.13	0.043
	SHMYO	131	0.18	0.07	
Aile Hekimliği için Güven boyutu	SYO	146	0.19	0.09	0.099
	SHMYO	131	0.21	0.10	
Aile Hekimliği için Empati boyutu	SYO	145	0.19	0.12	0.983
	SHMYO	131	0.19	0.11	

Hizmet boyutu	Öğrenim birimi	N	Ortalama	Ss	P
Devlet Hastaneleri için Fiziksel özellikler boyutu	SYO	170	0.19	0.10	0.135
	SHMYO	138	0.21	0.12	
Devlet Hastaneleri için Güvenilirlik boyutu	SYO	170	0.19	0.08	0.902
	SHMYO	138	0.19	0.08	
Devlet Hastaneleri için Heveslilik boyutu	SYO	170	0.19	0.09	0.820
	SHMYO	138	0.19	0.08	
Devlet Hastaneleri için Güven boyutu	SYO	170	0.22	0.14	0.047
	SHMYO	138	0.19	0.08	
Devlet Hastaneleri için Empati boyutu	SYO	170	0.18	0.09	0.481
	SHMYO	138	0.18	0.09	
Özel Hastaneler için Fiziksel özellikler boyutu	SYO	107	0.20	0.09	0.707
	SHMYO	88	0.21	0.11	
Özel Hastaneler için Güvenilirlik boyutu	SYO	107	0.18	0.07	0.551
	SHMYO	87	0.18	0.06	
Özel Hastaneler için Heveslilik boyutu	SYO	107	0.20	0.09	0.419
	SHMYO	89	0.21	0.12	
Özel Hastaneler için Güven boyutu	SYO	107	0.18	0.08	0.423
	SHMYO	87	0.19	0.05	
Özel Hastaneler için Empati boyutu	SYO	107	0.18	0.08	0.287
	SHMYO	88	0.17	0.08	
Üniversite hastaneleri için Fiziksel özellikler boyutu	SYO	127	0.22	0.13	0.433
	SHMYO	97	0.21	0.11	
Üniversite hastaneleri için Güvenilirlik boyutu	SYO	127	0.17	0.07	0.844
	SHMYO	97	0.18	0.06	
Üniversite hastaneleri için Heveslilik boyutu	SYO	127	0.18	0.07	0.712
	SHMYO	97	0.18	0.06	
Üniversite hastaneleri için Güven boyutu	SYO	127	0.18	0.07	0.103
	SHMYO	99	0.21	0.13	
Üniversite hastaneleri için Empati boyutu	SYO	125	0.20	0.10	0.302
	SHMYO	97	0.18	0.08	
SQA	SYO	72	0.69	0.80	0.789
	SHMYO	67	0.74	1.11	
SQE	SYO	218	0.95	1.01	0.958
	SHMYO	179	0.96	1.09	

Ss:Standart sapma

Yapılan t-testi analizi sonucunda, cinsiyet ile aile sağlığı merkezlerinin “Heveslilik” kalite hizmet boyutu arasında ($p=0.045$), devlet hastanelerinin “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutu arasında ($p=0.042$), özel hastanelerin “Empati” kalite hizmet boyutu arasında ($p=0.043$) anlamlı bir fark gözlenmiştir. Dolayısıyla H_0 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15: Kalite hizmet boyutları ile cinsiyet analizi, 2017-Tekirdağ

Hizmet boyutu	Cinsiyet	n	Ort	Ss	P
Aile Hekimliği için Fiziksel özellikler boyutu	Kadın	206	0.18	0.10	0.721
	Erkek	71	0.18	0.10	
Aile Hekimliği için Güvenilirlik boyutu	Kadın	206	0.19	0.08	0.097
	Erkek	71	0.17	0.08	
Aile Hekimliği için Heveslilik boyutu	Kadın	206	0.20	0.11	0.045
	Erkek	71	0.17	0.10	
Aile Hekimliği için Güven boyutu	Kadın	206	0.21	0.09	0.289
	Erkek	71	0.19	0.10	
Aile Hekimliği için Empati boyutu	Kadın	206	0.18	0.10	0.159
	Erkek	70	0.21	0.15	
Devlet Hastaneleri için Fiziksel özellikler boyutu	Kadın	235	0.20	0.12	0.042
	Erkek	73	0.17	0.08	
Devlet Hastaneleri için Güvenilirlik boyutu	Kadın	235	0.19	0.08	0.866
	Erkek	73	0.19	0.08	
Devlet Hastaneleri için Heveslilik boyutu	Kadın	235	0.19	0.08	0.193
	Erkek	73	0.20	0.10	
Devlet Hastaneleri için Güven boyutu	Kadın	235	0.21	0.12	0.248
	Erkek	73	0.19	0.12	
Devlet Hastaneleri için Empati boyutu	Kadın	235	0.18	0.08	0.739
	Erkek	73	0.18	0.10	
Özel Hastaneler için Fiziksel özellikler boyutu	Kadın	145	0.21	0.10	0.226
	Erkek	50	0.19	0.09	
Özel Hastaneler için Güvenilirlik boyutu	Kadın	144	0.19	0.06	0.173
	Erkek	50	0.17	0.06	
Özel Hastaneler için Heveslilik boyutu	Kadın	146	0.20	0.10	0.891
	Erkek	50	0.20	0.11	
Özel Hastaneler için Güven boyutu	Kadın	144	0.19	0.07	0.186
	Erkek	50	0.17	0.06	

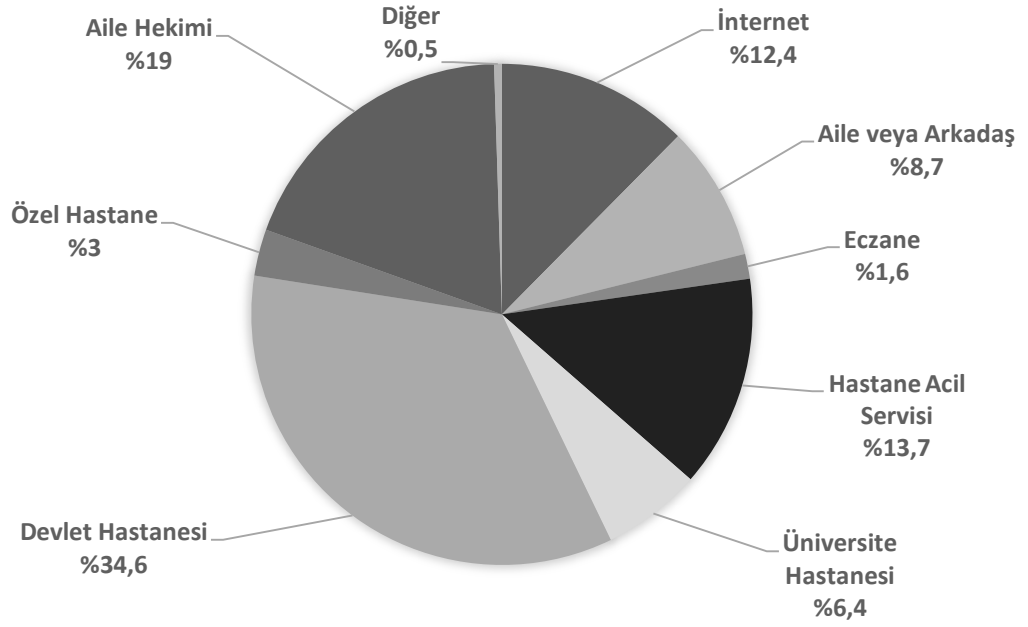
Hizmet boyutu	Cinsiyet	n	Ort	Ss	P
Özel Hastaneler için Empati boyutu	Kadın	145	0.17	0.06	0.043
	Erkek	50	0.20	0.12	
Üniversite hastaneleri için Fiziksel özellikler boyutu	Kadın	169	0.22	0.13	0.453
	Erkek	55	0.21	0.08	
Üniversite hastaneleri için Güvenilirlik boyutu	Kadın	169	0.17	0.07	0.141
	Erkek	55	0.19	0.06	
Üniversite hastaneleri için Heveslilik boyutu	Kadın	169	0.18	0.07	0.813
	Erkek	55	0.18	0.06	
Üniversite hastaneleri için Güven boyutu	Kadın	171	0.20	0.11	0.536
	Erkek	55	0.19	0.06	
Üniversite hastaneleri için Empati boyutu	Kadın	167	0.19	0.10	0.774
	Erkek	55	0.19	0.08	
SQA	Kadın	104	0.72	1.01	0.860
	Erkek	35	0.69	0.81	
SQE	Kadın	306	0.96	1.06	0.884
	Erkek	91	0.94	1.01	

Ss:Standart sapma

Ayrıca katılımcıların yaşları ile hastane kalite hizmet boyutları incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; Yaş ile özel hastanelerin hizmet boyutu incelendiğinde “Güvenilirlik” boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. ($p=0.002$). Yaş ile üniversite hastanelerinin hizmet boyutu incelendiğinde “Güven” boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p= 0.015$).

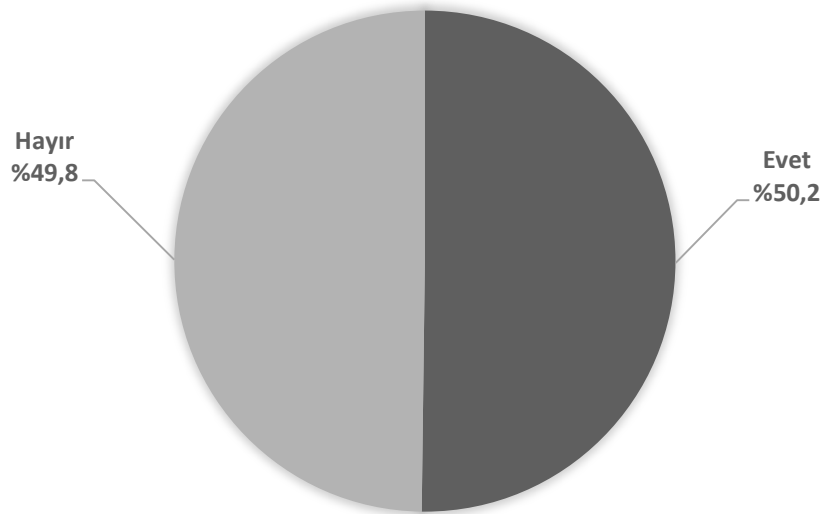
Katılımcıların %12.4’ü “İnternete başvururum”(n=54) önermesini, %8.7’si “Aile veya arkadaşına başvururum”(n=38) önermesini, %1.6 “Eczaneye başvururum” (n=7) önermesini, %13.7’si “Hastane acil servislerine başvururum” (n=60) önermesini, %6.4’ü “Üniversite hastanelerine başvururum” (n=28) önermesini, %34.6’sı “Devlet hastanesine başvururum” (n=151) önermesini, %3.0’ı “Özel hastanelere başvururum” (n=13) önermesini, %19.0’ı “Aile hekimine başvururum” (n=83) önermesini, %0.5’i “Diğer yollara başvururum (kendim hallederim, doğal yollara başvururum)” (n=2) önermesini belirtmişleridir (Şekil 9).

Şekil 9: Katılımcıların “Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda ilk olarak nereye başvurursunuz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı, 2017-Tekirdağ



Katılımcıların %50.2'si sevk zincirini bildiklerini (n=218) belirtirken, %49.8'i bilmediklerini (n=216) belirtmişleridir (Şekil 10).

Şekil 10: Katılımcıların “Sevk zinciri nedir biliyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı, 2017-Tekirdağ



4. TARTIŞMA

Gelişen teknoloji ve artan rekabet, birçok alanı etkilediği gibi sağlık alanını da etkilemiş değişim ve dönüşüme uğratmıştır. Sağlık hizmetleri karmaşık ve multi-disipliner yapıdadır ve sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi de bilgi asimetrisidir. Bilgi asimetrisi sebebiyle hizmet sunucusu ile hizmet kullanıcısı arasındaki iletişim çoğu zaman sağlıklı olamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin soyut özellikleri bulunmaktadır. Kişisel algı ve sosyokültürel vb. özellikler değerlendirilmesi sürecini öznelştirir. Örneğin, tedavi sonucu hizmeti sunana göre başarılı dahi olsa, hastanın beklentilerini karşılamadığında başarısız olarak değerlendirebilir. Süreçte iletişim çok önemlidir. Hizmet sunucuların, hizmet kullanıcılarının beklentilerini ve algılarını ölçme-değerlendirme olanağı sağlandığı ölçüde iletişimi sağlıklı kılabilmek, öznelliğe dönüştürmek olanaklıdır. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için konuyla ilgili geliştirilmiş ölçüm araçlarından literatürde en sık başvurulan Servqual Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Bu çalışmada Tekirdağ NKÜ SYO ve SHMYO öğrencilerinin beş kalite hizmet boyutu için beklenti algıları ölçülmüş ve yapılan değerlendirmeler sosyodemografik özelliklerle karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların üçte ikisinden fazlası kadındı. Literatür incelendiğinde Yıldırım (2016), Torun (2009) Saygı (2015), Savaş (2018), Mirza (2010), Harput (2014), Gürsoy (2013), Değer (2012), Arısoy (2017), Akdoğan (2011), Has (2015), Devebakan (2003) ve Devebakan (2007)'in çalışmasında da kadın cinsiyetin fazla olduğu saptandı. Buna karşın Yalkın (2010), Mohammad (2007), Kuzu (2010) ve Öztürk (2018)'ün çalışmasında erkek cinsiyet fazlaydı. Bunun nedeni çalışmamızdaki çalışma grubunun sağlık bilimleri öğrencilerinden oluşması ve genelde bu öğrenci grubunda kadın cinsiyetin fazla olması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetleri ile kalite hizmet beklentileri ve kalite hizmet algıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak aile sağlığı merkezlerinin “Heveslilik” kalite hizmet boyutuna, devlet hastanelerinin “Fiziksel

Özellikler” kalite hizmet boyutuna ve özel hastanelerin “Empati” kalite hizmet boyutuna kadınların, erkeklere göre daha fazla önem verdiği saptandı. Buna karşın Yalkın (2010)’ın, Mirza (2010)’nın, Gürsoy (2013)’un, Savaş (2018)’in, Yıldırım (2016)’ın, Mohammad (2007)’in, Arısoy (2017)’un, Devedbakan (2003)’in Değer (2012)’in, Harput (2014)’un ve Has (2015)’in sağlık kuruluşlarında yaptıkları çalışmalar da hizmet kalitesi beklentisi, hizmet kalitesi algısı ve hizmet kalitesi boyutlarına verilen önemin cinsiyete göre farklılık göstermediği gözlemlendi. Bunun nedeni araştırma grubumuzun çoğunluğunun kadınlardan oluşması; ayrıca SYO ve SHMYO’larda hocaların en çok önem verdiği konuların başında temizlik, fiziki görünüm ve empati gelmesinden kaynaklı olarak katılımcılar bu konulara daha çok önem vermiş olmaları şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamız öğrenciler üzerinde gerçekleştirildiğinden dolayı yaş ortalaması genel olarak gençti. Literatürdeki diğer çalışmalarda katılımcıların yaşları çalışmamıza nazaran daha yüksek gözlemlendi. Çalışmamızda beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi. Yıldırım (2016), Savaş (2018), Mohammad (2007), Has (2015) ve Yalkın (2010)’ın çalışmalarında da bulgularımıza benzer şekilde beklenen hizmet kalitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi. Buna karşın Kuzu (2010), yaşlı bakım merkezlerinde kalan sakinler üzerine yaptığı çalışmada ise 90-99 yaş grubundaki bireylerde beklenen hizmet kalitesinin düşük, algılanan hizmet kalitesinin ise yüksek olduğunu gözlemlendi. Arısoy (2017)’un yaptığı çalışmada ise 61 yaş üstü, 36-40 yaş ve 51-60 yaş aralığındaki hastaların, sırasıyla 18-25 yaş, 26-30 yaş, 31-35 yaş ve 41-50 yaş aralığındaki hastalara göre algıladıkları hizmet kalitesinin daha yüksek olduğu gözlemlendi. Öztürk (2018)’ün yaptığı çalışmada ise beklenen hizmet kalitesi ile hastaların yaş durumu arasında zayıf bir ilişki olduğu, bununla beraber algılanan hizmet kalitesi verilerinin, hastaların yaş durumu ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi. Gürsoy (2013)’un çalışmasında ise hasta yaşı arttıkça hizmet kalitesi beklentisinin arttığı, yine hasta yaşı arttıkça hizmet kalitesi algısının da arttığı gözlemlendi. Kaya (2014)’ün yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması arttıkça algılanan hizmet kalitesi düzeyinin de arttığı gözlemlendi. Bizim çalışmamızda fark bulunmamasının nedeni dar bir yaş aralığında çalışmanın

gerçekleştirilmesi ve bu nedenle beklenti ve algıların birbirine yakın olması şeklinde açıklanabilir. Diğer çalışmalarda özellikle 60 yaş üstü bireylerin algılarının yüksek olması da bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Ayrıca çalışmamızda katılımcıların yaşları ile özel hastanelerin “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, yaş ile üniversite hastanelerinin hizmet boyutu incelendiğinde “Güven” boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulundu. Şen (2010)’in yaptığı çalışmada “Fiziksel Özellikler”, “Güvenilirlik” ve “Empati” kalite hizmet boyutlarında yaş grubu 30’dan küçük olanların hizmet kalite beklentisini diğer gruplara göre daha yüksek olduğu; ayrıca “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda yaş grubu 30’dan küçük olanların hizmet kalite algısı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Saygı (2015)’nin yaptığı çalışmada, “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda 50 ve üstü yaş grubu katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi, Heveslilik” kalite hizmet boyutunda 38-49 yaş grubu katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi ve “Empati” kalite hizmet boyutunda 38-49 yaş grubu katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi diğer yaş grubundaki kullanıcılara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Mohammad (2007)’in çalışmasında ise “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutuna ait beklenen kalite değerinin 46 ve üstü yaş grubunda, 31-45 yaş aralığındaki katılımcılara göre daha düşük olduğu gözlemlenmiş diğer kalite hizmet boyutlarında algılanan ve beklenen kalite değerlerinde anlamlı bir farklılık gözlemlendi. Devedakan (2003)’in çalışmasında ise yaşlı olan hastaların “fiziksel özellikler” kalite hizmet boyutunda genç olanlara göre kalite hizmet algısının daha yüksek olduğu gözlemlendi. Buna karşın Mirza (2010)’nın, Harput(2014)’un, Has (2015)’in Değer (2012)’in, Savaş (2018)’in yapmış oldukları çalışmalarda ise kalite hizmet boyutları ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlendi. Literatürdeki çalışma bulgularının bu başlıkta çalışma bulgularımızla farklı oluşu daha önce de değinildiği gibi yaş grubu ve homojen bir yapıda olmaları (hepsi öğrenci) ve yaş değişkeni dikkate alınarak sağlık hizmet gereksiniminin görece daha az oluşu ve hizmet deneyiminin diğer çalışma gruplarına göre daha az olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %54.2'si SYO (n=200), %44.8'i ise SHMYO (n=237) öğrencisidir. Sağlık hizmetlerinde kalite algısını ölçmek için kullandığımız ölçeğin literatürdeki çalışmalarda öğrenciler üzerinde uygulanmamış olması sebebiyle literatürdeki çalışmaların eğitim düzeyi bulgularıyla kıyaslaması yapıldı. Çalışmamızda SYO (lisans) öğrencilerinin bu boyutlara SHMYO (önlisans) öğrencilerine göre daha fazla önem verdiği saptandı. Ayrıca SHMYO öğrencilerinin “Güven” kalite hizmet boyutu beklentisi ve “Empati” kalite hizmet boyutu algısının SYO öğrencilerine göre daha yüksek olduğu saptandı. Kuzu (2010)'nun çalışmasında okur-yazar olmayan katılımcılarının kaldıkları yaşlı bakım merkezinin hizmetlerinin planlı, zamanlı ve programlı olduğu yönündeki algılamalarının ilköğretim, lise, fakülte-yükseköğretim mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Arısoy (2017)'un çalışmasında okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin sırasıyla üniversite, lise ve yüksek lisans/doktora eğitimi almış hastalara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Torun (2009)'un çalışmasında okuma yazma bilmeyenler ile sadece okuryazar olanların “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda lise ve daha üstü okul mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Devebakan (2003)'ün çalışmasında ise eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların hizmet kalitesi algısının, eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılara göre daha fazla olduğu gözlemlendi. Literatürdeki çalışmalar beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve hizmet kalite beklentisinin hizmet kalite algılamasını etkilediği yönündedir. Buradan hareketle Kuzu (2010), Arısoy (2017), Torun (2009) ve Devebakan (2003), çalışmalarında eğitim seviyesi düşük bireylerin hizmet kalite algılarının eğitim seviyesi yüksek bireylere göre daha fazla olmasının sebebinin hizmet kalite beklentilerinin düşük olması kaynaklı olabilir şeklinde yorumlandı. Ulaşılabilen literatürde çalışma bulgularımızla uyumlu olduğu kadar farklı sonuçlara da rastlandı. Değer (2012)'in çalışmasında lise mezunlarının hizmet kalitesi beklentisinin ilköğretim mezunu ve okur-yazar olanlara göre daha düşük olduğu gözlemlendi. Akdoğan (2011)'in çalışmasında eğitim düzeyleri arttıkça, hizmet kalitesinden beklentilerinin arttığı gözlemlendi. Bütün bunlara karşın Mirza (2010)'nın, Has (2015)'in, Harput (2014)'un çalışmalarında ise eğitim düzeyleri ile kalite hizmet beklentisi, kalite hizmet algısı ve tüm kalite hizmet boyutları arasında anlamlı farklılık gözlemlenmedi. Bu farklılık ve benzerlikler çalışmalarda eğitim düzeyi başlığının farklı

değerlendirilmesi nedeniyle olabilir (okuryazar/değil, ilkokul/yüksekokul-doktora, ön lisans/lisans).

Çalışmamızda hem sorular bazında hem de kalite hizmet boyutlarının tamamında SERVQUAL skorlarının negatif olduğu saptandı. Buradan da sağlık kuruluşlarının hizmet kullanıcıların beklentilerini karşılayamadıkları anlaşıldı. Devedakan (2007), Torun (2009), Şen (2010), Savaş (2018), Mohammad (2007), Mirza (2010), Kuzu (2010), Harput (2014), Gürsoy (2013), Öztürk (2018), Değer (2012), Has (2015) ve Arısoy (2017)'un yaptıkları çalışmalarında da çalışmamızı destekler yönde sonuçlar bulurken; Akdoğan (2011)'ın bir üniversite hastanesinde hastalar üzerine yaptığı çalışmasında “Fiziksel Özellikler” ve “Güvenilirlik” boyutu altındaki sorularda negatif geri kalan sorularda pozitif skorlar bulunduğu, kalite hizmet boyutları içerisinde de sadece “Güvenilirlik” boyutunun negatif diğer tüm kalite hizmet boyutu skorlarının pozitif olduğu gözlemlendi. Saygı (2015)'nın bir özel hastaneden hizmet alan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında ise gerek sorular bazında gerekse kalite hizmet boyutları bazında tüm skorlar pozitif bulundu. Çalışmamızdaki bu farklılık hepsinin sağlık bilimleri öğrencisi ve beklentilerinin yüksek olması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda tüm katılımcılar bazında en yüksek hizmet kalite beklentisi “Empati” kalite hizmet boyutu altında gerçekleşirken en düşük hizmet kalite beklentisi yine “Empati” kalite hizmet boyutu altında gerçekleşti. Tüm katılımcılar bazında en yüksek hizmet kalite algısı ise “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altında gerçekleşirken en düşük hizmet kalite algısı “Empati” kalite hizmet boyutu altında gerçekleşti. SYO öğrencileri bazında en yüksek hizmet kalite beklentisi “Güven” kalite hizmet boyutu altında gerçekleşirken en düşük kalite hizmet beklentisi “Empati” kalite hizmet boyutu altında gerçekleşti. SYO öğrencileri bazında en yüksek hizmet kalite algısı ise yine “Güven” kalite hizmet boyutunda gerçekleşirken en düşük kalite hizmet algısı “Empati” boyutunda gerçekleşti. SHMYO öğrencileri bazında en yüksek hizmet kalite beklentisi “Güven” kalite hizmet boyutunda gerçekleşirken en düşük kalite hizmet beklentisi “Empati boyutunda gerçekleşti. SHMYO öğrencileri bazında en yüksek hizmet kalite algısı ise “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutunda

gerçekleşirken en düşük kalite hizmet algısı “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda gerçekleşti. Devedakan (2003)’ın yaptığı çalışmada en yüksek hizmet kalite beklentisinin “Heveslilik” kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin, “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda; en yüksek hizmet kalite algısının “Empati” kalite hizmet boyutunda en düşük kalite hizmet algısının ise “Güven” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Yine Devedakan (2007)’in çalışmasında en yüksek hizmet kalite beklentisinin “Güven” kalite hizmet boyutunda en düşük kalite hizmet beklentisinin “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda; en yüksek hizmet kalite algısının “Güven” kalite hizmet boyutunda en düşük kalite algısının ise “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Torun (2009)’un çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda, en yüksek kalite hizmet algısı “Güvenilirlik” boyutunda en düşük kalite hizmet algısının “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Saygı (2015)’nin çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Güven" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı “Empati” ve “Heveslilik” boyutlarında en düşük kalite hizmet algısının “Heveslilik” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Savaş (2018)’in çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güven" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı “Fiziksel Özellikler” boyutunda en düşük kalite hizmet algısının “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Mohammad (2007)’in çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik” ve “Güven" kalite hizmet boyutlarında, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Heveslilik" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı “Heveslilik” boyutunda en düşük kalite hizmet algısının “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Mirza (2010)’nin çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Empati" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı “Güvenilirlik” boyutunda en düşük kalite hizmet algısının “Empati” kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Harput (2014)’un çalışmasında en yüksek kalite

hizmet beklentisinin "Güven" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Empati" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı "Güven" boyutunda en düşük kalite hizmet algısının "Empati" kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Gürsoy (2013)'un çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güven" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı "Güven" boyutunda en düşük kalite hizmet algısının "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Değer (2012)'in çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik", "Güven" ve "Empati" kalite hizmet boyutlarında, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı "Empati" boyutunda en düşük kalite hizmet algısının "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Arısoy (2017)'un çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Empati" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı "Güven" boyutunda en düşük kalite hizmet algısının "Fiziksel Özellikler" kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Akdoğan (2011)'in çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güven" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı "Fiziksel Özellikler" boyutunda en düşük kalite hizmet algısının "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Öztürk (2018)'ün çalışmasında en yüksek kalite hizmet beklentisinin "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutunda, en düşük kalite hizmet beklentisinin "Empati" kalite hizmet boyutunda; en yüksek kalite hizmet algısı "Güvenilirlik" boyutunda en düşük kalite hizmet algısının "Empati" kalite hizmet boyutunda gerçekleştiği gözlemlendi. Literatürdeki bu çalışmalar doğrultusunda yüksek hizmet kalite beklentilerinin genel olarak "Güven" ve "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutlarında, düşük kalite hizmet beklentilerinin ise "Fiziksel Özellikler" ve "Empati" boyutlarında olduğu; yüksek kalite hizmet algılarının yine "Güven" ve "Güvenilirlik" kalite hizmet boyutlarında, düşük kalite hizmet algılarının ise "Fiziksel Özellikler" ve "Empati" boyutlarında gerçekleştiği görülmektedir. Bunun nedeni daha önce bahsedildiği gibi sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi olduğundan dolayı hastaların, sağlık kuruluşlarının tanı,

tedavi ve faturalandırma konularında güvenilir olmasına ve kendilerinde güven hissi oluşturmasına daha çok önem vermeleridir.

Katılımcıların soru formunun 5'inci sorusu olan "Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda ilk olarak nereye başvurursunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; %34.6 ortalama ile devlet hastanesi %19 aile hekimlerini tercih etmeleri ayrıca katılımcıların 10'uncu soruda yer alan "En son gittiğiniz sağlık kuruluşu hangisiydi, işaretleyiniz" sorusu için %45.3'ü devlet hastanelerine başvururken %11.4'ü aile hekimlerine başvurmuşlardır. Katılımcıların yalnızca %0.2'si mediko-sosyal merkezlerine başvurmuşlardır. Ayrıca katılımcıların %49.8'i sevk zincirinin ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişleridir. Sorular tarafımızca hazırlandığından dolayı literatür karşılaştırılması yapılamamıştır. En çok devlet hastanelerine başvuru yapılmasının sebebi öğrencilerin çoğunun orada staj yapıyor olması olabilir.

5. SONUÇ

Bu araştırmanın amacı “Namık Kemal Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık hizmeti kullanımlarını belirlemek, algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi düzeylerini ölçmek ve bunların kimi temel sosyodemografik özelliklere göre değişimini incelemektir.

Katılımcıların sağlık merkezindeki hizmetlere yönelik en yüksek beklentinin “Empati” kalite hizmet boyutu altındadır. Bu bulgu bize katılımcıların sağlık çalışanlarından kişisel ilgi beklemediğini, daha çok tedavi için ellerinden gelenin en iyisini yapmalarını beklediklerini göstermektedir. Katılımcıların sağlık merkezindeki hizmetlere yönelik en yüksek algı düzeyinin “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altında hastanelerin hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yaptıklarını düşünmektedir.

Katılımcıların algılanan ve beklenen kalite hizmet boyutları arasındaki fark en az “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutundadır. Burada da katılımcıların hizmet almış oldukları sağlık kuruluşları ve çalışanlarını temiz ve düzgün görünümlü olması, modern araç gereç kullanılması ve fiziksel imkanların yeterliliği açısından beklentilerine en yakındır.

SERVQUAL skorları hesaplanıp hastaların beklenti ve algıları arasındaki farklar incelendiğinde en büyük boşluğun “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu altındadır. Katılımcılara göre sağlık çalışanlarının, hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmaları konusunda beklentilerinin çok altında kaldığı gözlenmiştir.

Kalite boyutları temelinde SERVQUAL skorları incelendiğinde ise; bütün boşlukların negatif yönlü olması ile sağlık hizmeti veren kuruluşların, SERVQUAL kalite hizmet boyutları bazında bütün maddelerde katılımcıların beklentilerini karşılayamadığı sonucu çıkmıştır.

Sağlık kuruluşu bazında incelemeler sonucunda; katılımcılar aile hekimlerinin bilgili ve deneyimli olmalarına ayrıca kendilerinde güven duygusu oluşturabilmelerine fazla önem verirken aile sağlığı merkezlerinin fiziksel özellikler daha az önem vermektedir. Buradan da katılımcıların, tıp fakültesinden yeni mezun pratisyen hekimlere nazaran uzmanlık almamış ama deneyim sahibi hekimlere daha çok güvendikleri sonucu çıkmaktadır. Çalışmaya göre, katılımcılar devlet hastanesi yönetimi ve çalışanlarının bilgili ve deneyimli olmalarına ayrıca kendilerinde güven duygusu oluşturabilmelerine fazla önem verirken kendilerine gösterilecek kişisel ilgi ve alakaya az önem vermektedir. Buradan katılımcıların, devlet hastaneleri ve aile hekimlerine karşı güven sorunu yaşadıkları sonucunun çıkarılması mümkündür. Katılımcılar, özel hastanelerin kullandığı araç gereçlerin modern olmasına çalışanların görünüşüne fazla önem verirken kendilerine gösterilecek kişisel ilgi ve alakaya daha az önem vermektedir. Buradan da cepten ödeme yaparak sağlık hizmeti alan katılımcıların ödedikleri farkın en azından sağlık kuruluşunun kullandığı ekipmanlara yansımaları beklemektedirler. Katılımcılar üniversite hastanelerin kullandığı araç gereçlerin modern olmasına çalışanların görünüşüne fazla önem verirken aldığı sağlık hizmetinin güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapılmasına ise daha az önem vermektedir. Bu durum üniversite hastanesi kadrosunun tanı ve tedavideki gelişmeleri sürekli takip eden tıbbi bilgileri güncel alanında uzman akademisyen hekimlerden oluşması sebebiyle katılımcıların alacakları hizmet konusunda bir güven sorunu duymuyor olmaları şeklinde yorumlanabilir.

Öğrenim birimleri ile kalite hizmet boyutları incelendiğinde, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin aile hekimlerinin “Heveslilik” kalite hizmet boyutuna Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerine nazaran daha fazla önem verdiği saptanmıştır. Ayrıca Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin devlet hastanelerinin “Güven” kalite hizmet boyutuna Sağlık Yüksekokulu öğrencilerine nazaran daha fazla önem vermektedir.

Cinsiyet ile kalite hizmet boyutları incelendiğinde, aile sağlığı merkezlerinin “Heveslilik” ve devlet hastanelerinin “Fiziksel Özellikler” kalite hizmet boyutlarına kadınların erkeklere nazaran daha fazla önem verdiği, özel hastanelerin “Empati”

kalite hizmet boyutuna ise tam tersi erkeklerin kadınlara nazaran daha fazla önem verdiği gözlenmiştir.

Ayrıca katılımcıların yaşları ile kalite hizmet boyutları incelendiğinde; özel hastanelerin “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu ve üniversite hastanelerinin “Güven” kalite hizmet boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Buradan katılımcıların yaşları arttıkça özel hastanelere olan “Güvenilirlik” ve üniversite hastanelerine olan “Güven” boyutunda azalma olduğu saptanmıştır. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaş ile özel hastanelerin “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaş arttıkça özel hastanelere olan “Güvenilirlik” kalite hizmet boyutu azalmaktadır. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaş ile özel hastanelerin “Empati” kalite hizmet boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaş arttıkça özel hastanelere olan “Empati” kalite hizmet boyutu da artmaktadır.

6. ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırma gösteriyor ki; eğer aile hekimliği sistemi 1. Basamak görevi görmesi için tasarlanmışsa kapı tutucu görevini yerine getirememektedir. Bununla ilgili mevcut yasal düzenlemelerin yetersiz olduğu görülmektedir. Bunun için gerekli yasal düzenlemelerle aile hekimliğinden sevk olunmaksızın 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına muayene olma zorlaştırılmalıdır. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu zaman ilk başvurunun aile hekimlerine yapılabilmesi için özellikle hastanelerin acil servislerinin amacına uygun kullanılmasını sağlamak önemlidir. Bu sebeple yeşil alan uygulamasının ücretinin caydırıcı olacak şekilde artırılması ve bunun bilgisinin hasta acil servisten hizmet almadan önce hastaya verilmesinin, acil servislere yapılan gereksiz başvuruları azaltacağı tarafımda düşünülmektedir. Ayrıca mevcut randevu sistemine entegre bir referans sistemi geliştirilmesi, böylece aile hekiminin vereceği referans numarasının randevu sistemine işlenerek ilgili bölüme randevu alınmasında öncelik sağlanması sevk zincirinin sağlıklı çalışmasını sağlayacak bir sistem olabilir.

Üniversitelere yeni kayıt yaptıran öğrencilere yönelik yapılan oryantasyon toplantılarında mediko-sosyal merkezleri hakkında detaylı bilgiler verilip öğrencilerin mediko-sosyal merkezlerini aktif olarak kullanmalarını teşvik edilmelidir.

Sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık kuruluşlarından beklentilerinin ölçüldüğü, bu beklentilere yanıt verildiği ölçüde algılanan sağlık hizmeti kalitesi de artacaktır. Çalışmamızın Tekirdağ ilinde bu konuyu gündeme getirmesi ve kimi eksiklikleri belirleyebilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak, çalışma bulgularımız topluma genellenemez, sadece çalışma grubumuza genellenmelidir. İyi bir sağlık yöneticisinin bölgesinde sağlık hizmet kalitesini arttırabilmesi amacıyla bu süreci dikkate alması hizmet kullanıcılarının beklentilerini ölçmesi ve beklentileri karşılayabilmesi için bu tip bilimsel ve akademik çalışmaların yaygınlaştırılması, geniş çalışma grupları üzerinde yinelenmesi, sağlık hizmet sunumundaki değişimlerin peşi sıra yinelenerek çeşitli değerlendirmelerin yapılması temel önerilerimiz arasındadır.

7. KAYNAKÇA

Aday, L. A. and Andersen, R. M. (1981). Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview, *Medical Care*, 19(12), 4-27.

Akalın, H. Etesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü *Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara

Akdoğan, C., (2011). Hizmet Pazarlamasında Kalite Anlayışı: Servqual ve Servperf Kalite Modellerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Akman, M. (2014). Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, *Aile Hekimliği Dergisi*,18(2), 70-78.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.

Andersen, R. and Aday, L. A. (1978), Access to Medical Care in the US: Realized and Potential, *Medical Care*, 16(7): 533-546.

Andersen, R. and Newman, J. F., (2005), Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in The United States, *Milbank Quarterly*, 83(4): 1-28.

Andersen, R. M., (1995), Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 1-10.

Andersen, R., (1968), Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Research Series Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 25, Chicago.

Andersen, R., and Newman, J. F., (1973), Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, The Milbank Memorial Fund Quarterly, *Health and Society*, 95-124.

Argan, M., Tokay Argan, M. (2002). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Kalite ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Servislerde Yatan Hastalara Yönelik Bir Araştırma. *Modern Hastane Yönetimi*, 6(2):10–17.

Arısoy, D.Ş. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi Ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü /İşletme Anabilim Dalı/Üretim Yönetimi Bilim Dalı, Ankara

Babakus, M. and Mangold, W. G. (1992). Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786

Besterfield, D.H., Besterfield, C., Besterfield, G.H., Besterfield, M. (1995) Total Quality Management, Second Edition, *Prentice Hall*, NJ.

Bircan H. ve Baycan S. (2004). Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 28(2), 173-185.

Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, (1948). Paris.

Braveman, P.A. (2003). Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181-192.

Bulutoğlu, K. (2001). Kamu Ekonomisine Giriş, *Yapı Kredi Yayınları*, İstanbul.

Ceyhan, A., (2007), Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Uygulaması (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Ana Bilim Dalı/Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Konya

Clark, D.W., (1983), Dimensions of the Concept of Access to Health Care, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 59(1), 5-6.

Çavuş, M.F., ve Gemici, E., Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi *The Journal of Academic Social Science* 1(1), Aralık 2013, s. 238-257

Çiftçi, H.İ. (2011), Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/ Maliye Anabilim Dalı, İstanbul.

Değer, Ç. (2012). Kano Modeli İle Bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Anabilim Dalı, İzmir

Department of Health, (1997). A First Class Service – *Quality in The New NHS*, London, Department of Health.

Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), s. 38 – 54.

Devebakan, N., Aksaraylı, M., (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5 (1), 38-54

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1979). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT Yayın No: 1664, s. 468. 8. Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1994). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, TBMM Karar No: 374, s.46, Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1962). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1967). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1972). *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT Yayın No: 1272, s. 123. 7. Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT Yayın No: 1974, s. 151. 9. Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (1989). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT Yayın No: 2174, s. 289, Ankara

Devlet Planlama Teşkilatı (D.P.T.). (2000). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, TBMM Karar No: 697, s. 87, Ankara

Donabedian A. (1980). *Exploration in Quality Assessment And Monitoring*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press,

Donabedian, A., (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260:1743–1748.

Donabedian, A., (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, Michigan.

Durusoy, R., Davas, A., Ergin, I., Hassoy, H. ve Tanık, F.A. (2011), “İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Etkileyen Etmenler”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 1-15.

Dünya Sağlık Örgütü, (1986). *Herkes İçin Sağlık Hedefleri*, Avrupa Bölgesi Ofisi, s. 19

Evans, D., (2001). *Measuring Quality: From The System To The Provider*, *International Journal for Quality Health Care*, 13(6):439–446.

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara.

Gürsoy, A.,(2013), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Gürsöz, H., Mahmood, A., Öztürk, A., Tarhan, D., Aksoy, H., Gündüz, Ş., Kayral, İ.H., Dilmaç, E., Özbay, Zegeroğlu, S., Akın, M., Karadayı, B., Tekin, K., Sarı, A., Yıldız, M.S. ve Avcı, B. (2017), “Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı Turkey Clinical Quality Program; The Quality Perception of Healthcare Providers, Patients and Patients’ Relatives”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14. Sayı, s. 73-86.

Harput, S. (2014). Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul

Has, L., (2015), Özel Diş Kliniğine Başvuran Hastalarda beklenen ve algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Arel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

IOM, (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol.1. *National Academy Press*. Washington, DC,

Karabulut, K., (1998). Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi. Ankara.

Kavuncubaşı, Ş., (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara

Kavuncubaşı, Ş., (2007), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, A.Ü. Yayınları. Eskişehir.

Kaya, S., (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme*, Pelikan Yayınları. Ankara.

Kaya, Ş. (2014). Yatan Hasta Kalite Algısının Servqual Temelli Analiz ve Kalite Fonksiyonu Yayılımı İle Değerlendirilmesi: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir

Kısa A., (2002), Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler, N. Uzkeskici (Ed), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, (1-20), 1. Baskı, Eskişehir: TC Anadolu Üniversitesi Yayını.

Kuzu, A. (2010). Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: Servqual Uygulaması (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya

Mendoza-Sassi, R. & Beria, J. U., Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001

Mirza M. (2010). Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması (Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kütahya

Mohammad, G.T. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Anabilim Dalı/ Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara

Önder, R. (2014). Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etkenler. (Uzmanlık Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

Öz, M. ve Uyar E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (26): 123-132.

Özen, Ü.,Çam, H.,Yalçın Aslay, F.(2011). Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesinde Örnek Uygulama. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2(1):25-43.

Özer, A.,Çakıl, E.(2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*,5(3):140-143.

Öztürk, İ. (2018). Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Haydarpaşa Numune Hastanesi Uygulaması (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Edirne

Parasuraman, A., Berry Leonard L., Zeithaml Valerie A., (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale, *Journal of Retailing*, Volume 6, Number 4, s. 420-450.

Parasuraman, A., Zeithaml V.A., Berry L.L., (1998). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64 (1), s.12–40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L.L., (1990). *Delivering Service Quality: Balancing Customer Perception and Expectations*, The Free Press, New York.

Parasuraman, A., Zeithaml, Valarie A., Berry, Leonard L., (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, Vol.49, Fall, s. 41-50.

Penchansky, R, Thomas, J.W., (1981), The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction, *Medical Care*, Vol : 19, No : 2., s. 127-129.

Rahman, S. Erdem, R. Devebakan, N. (2007), “Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ’daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 9, Sayı: 3, İzmir.

Rahman, S., Erdem, S. ve Devebakan, N. (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ’daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(3), s. 37 – 55.

Savaş, M. (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezinde Hizmet Kalitesinin Servqual ve Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi/ Fen Bilimleri Enstitüsü /Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı /Endüstri Mühendisliği Bilim Dalı, Eskişehir

Saygı, H. (2015). Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçülmesi: Ankara İlinde Özel Bir Hastanede Alan Araştırması (Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü /İşletme Anabilim Dalı, Kütahya

Sezer, A., (1999). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Stratejilerinin Müşteri Tatmini Yaratmaya Etkileri. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar

Şen, A. (2010). Hastane İşletmelerinde ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının ve İç Müşteri Algılarının Servqual Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, İzmir

Şenol V., (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi, (Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Sayı:4247, 2005, Ankara

Timmreck, T.C., (1987). Dictionary of Health Services Management. National Health Publishing, U.S.A. s. 4.

Torun, E. (2009). Dr. Sami Ulus Çocuk Hastahkları Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu

Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M. ve Sanisoğlu, S.Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Balkan Med Journal*, Sayı 28, s. 55-61.

Yalkın, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü /İşletme Ana Bilim Dalı, Ankara

Yazgan, T. (1992). *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları*, Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul 1992.

Yıldırım, O. (2016). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin "Servqual" Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Türk Hava Kurumu Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Anabilim Dalı

Yüceler, A. (2011), Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/İşletme Anabilim Dalı, Konya

TUIK. (2017). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638>
(Erişim Tarihi: 27.04.2017)

YÖK. (2017).
https://istatistik.yok.gov.tr/yuksekogretimIstatistikleri/2017/2017_T1.pdf (Erişim
Tarihi: 27.04.2017)

8. EKLER

EK-1 NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNDE, ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI SORU FORMLARI

“NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNDE, ALGILANAN SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI”

Sayın katılımcı;

Bu anket, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD yüksek lisans öğrencisi Ali Mesut TEMİZER’in Doç. Dr. Gamze VAROL danışmanlığında sürdürdüğü “Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde, Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımı” başlıklı tez çalışmasına veri sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

Ankette yer alan ifadelere ilişkin belirtmiş olduğunuz görüşlerin doğru ya da yanlışlığı kesinlikle sorgulanmayacak olup anketteki her bir ifadeye ilişkin vereceğiniz en doğru cevap, sizin mevcut durum hakkındaki görüşünüz olacaktır. Vereceğiniz cevapların gerçek durumu yansıtıcı biçimde ve samimi olması, araştırmanın amacına ulaşmasında önemli ölçüde katkılar sağlayacaktır. Bu bakımdan desteklerinizi esirgemeyeceğinize olan inancımla, katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Ali Mesut TEMİZER

NKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

alimesuttemizer@hotmail.com

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI SORU FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Bölümünüz ve Sınıfınız:
4. Öğrenim Gördüğünüz Birim: Sağlık Y. O. () Sağlık Hizmetleri
M.Y.O. ()
5. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda ilk olarak nereye başvurursunuz?

1. İnternete	2. Aile veya Arkadaşa	3. Eczaneye	4. Hastane Acil Servisine
5. Üniversite Hastanesine	6. Devlet Hastanesine	7.Özel Hastaneye	8. Aile Hekimine
9. Mediko-sosyal	10. Diğer(Lütfen belirtiniz).....		
6. En çok hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyarsınız?

1. Muayene olma	2. İlaç yazdırma	3.Sağlık ile ilgili bilgi edinme
4. Bağışıklama	5.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	6.Rapor alma 7. Acil sağlık hizmeti
7. Sevk zinciri nedir biliyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
8. Sevk Zinciri sizce olmalı mı? 1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim yok
9. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için toplamda kaç kez herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....
10. En son gittiğiniz sağlık kuruluşu hangisiydi, işaretleyiniz?

1. Üniversite Hastanesine	2. Devlet Hastanesine	3.Özel Hastaneye	4. Aile Hekimine
---------------------------	-----------------------	------------------	------------------

5. Mediko-sosyal

6. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

11. Aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
3. Fikrim Yok

12. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez aile hekiminize başvurduunuz?

1.Gitmedim 2. Lütfen sayı ile belirtiniz:.....

13. Eğer aile hekiminize başvurdu iseniz sağlık hizmeti almak için neden aile hekiminizi tercih ettiniz?

1	Sağlık kuruluşunun araç-gereç ve donanımının modernliği; binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	.....puan
2	Sağlık kuruluşunun söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	.....puan
3	Sağlık kuruluşunun hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	.....puan
4	Sağlık kuruluşu çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	.....puan
5	Sağlık kuruluşunun hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	.....puan
Toplam		100 puan

14. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez devlet hastanesine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

15. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez devlet hastanelerinin acil servisine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

16. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez devlet hastanelerinin polikliniklerine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

17. Eğer devlet hastanelerine başvurdu iseniz sağlık hizmeti almak için neden devlet hastanelerini tercih ettiniz?

1	Sağlık kuruluşunun araç-gereç ve donanımının modernliği; binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	.....puan
2	Sağlık kuruluşunun söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	.....puan
3	Sağlık kuruluşunun hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	.....puan
4	Sağlık kuruluşu çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	.....puan
5	Sağlık kuruluşunun hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	.....puan
Toplam		100 puan

18. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez özel hastanelere başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

19. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez özel hastanelerin acil servisine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

20. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez özel hastanelerin polikliniklerine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

21. Eğer özel hastanelere başvurdu iseniz sağlık hizmeti almak için neden özel hastaneleri tercih ettiniz?

1	Sağlık kuruluşunun araç-gereç ve donanımının modernliği; binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	.....puan
2	Sağlık kuruluşunun söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	.....puan

3	Sağlık kuruluşunun hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	.....puan
4	Sağlık kuruluşu çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	.....puan
5	Sağlık kuruluşunun hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	.....puan
Toplam		100 puan

22. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez üniversite hastanelerine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

23. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez üniversite hastanelerinin acil servisine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

24. Geçtiğimiz yıl sağlık hizmeti almak için kaç kez üniversite hastanelerinin polikliniklerine başvurduunuz? Lütfen sayı ile belirtiniz.....

25. Eğer üniversite hastanelerine başvurdu iseniz sağlık hizmeti almak için neden üniversite hastanelerini tercih ettiniz?

1	Sağlık kuruluşunun araç-gereç ve donanımının modernliği; binaların, hizmet birimlerinin, kullanılan araç gereç ve donanımının görsel çekiciliği ve hastane personelinin görünüşü.	.....puan
2	Sağlık kuruluşunun söz verdiği hizmeti tam zamanında, güvenilir ve kusursuz bir şekilde yapması.	.....puan
3	Sağlık kuruluşunun hastalarına yardım etme ve hızlı hizmet verme konusundaki istekliliği ve hevesliliği.	.....puan
4	Sağlık kuruluşu çalışanlarının bilgili ve deneyimli olması, kibarlığı, hastalarda güven duygusu uyandırma becerileri.	.....puan
5	Sağlık kuruluşunun hastalarına kişisel ilgi göstermesi ve duyarlılığı.	.....puan
Toplam		100 puan

26. Geçtiğimiz yıl kaç kez sağlık kuruluşlarında tarama ve tetkik (MR, CT, USG, Lab. Hiz.) yaptırdınız? Lütfen tabloyu doldurunuz.

TETKİK	KAÇ KEZ
MRI	
CT	
USG	
Röntgen	
Kan testleri	
İdrar testleri	
Hormon testleri	
Mikrobiyolojik testler	

27. Yaptırdığınız tarama ve tetkikler neye göre belirleniyor?

1. Benim hekimime önerim ile
2. Yaş-Risk-Meslek göz önüne alınarak ilgili kuruma başvurmamla (KETEM, İSG vb.)
3. Hekimimin isteği doğrultusunda
4. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

28. Sağlık Sigortanız var mı? 1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim Yok

29. Özel Sağlık Sigortanız var mı? 1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim Yok

30. Aile sağlığı merkezlerinden almış olduğunuz tedavi hizmeti için herhangi bir ücret ödüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim Yok

31. Devlet hastanelerinden almış olduğunuz tedavi hizmeti için herhangi bir ücret ödediniz mi?

1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim Yok

32. Üniversite hastanelerinden almış olduğunuz tedavi hizmeti için herhangi bir ücret ödediniz mi?

1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim Yok

33. Almış olduğunuz sağlık hizmeti için ilaç katkı payı ödüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3. Fikrim Yok

34. Sizce kişiler istedikleri sağlık kuruluşuna başvurabilmeliler mi? 1.Evet
2.Hayır

SERVQUAL: HİZMET KALİTESİ ÖLÇÜM ANKETİ

Bu ankette, sağlık kuruluşunda verilen hizmetin kalitesinin ölçülmesi amaçlanmıştır. İlk bölümde, sağlık kuruluşundan hizmet alan bir hasta olarak hizmet kalite özelliklerine verdiğiniz önemi derecelendirmeniz istenmektedir. Bu bölümde **”mükemmel olarak nitelendireceğiniz bir sağlık kuruluşunu değerlendiriniz”**.

Kesinlikle Katılmıyorum = 1		Kesinlikle Katılıyorum = 5				
1	Hastaneler modern araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdır.	1	2	3	4	5
2	Hastanelerin fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekici olmalıdır.	1	2	3	4	5
3	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.	1	2	3	4	5
4	Hastaneler, hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirmelidir.	1	2	3	4	5
5	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb), hastaların bir problemi olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır.	1	2	3	4	5
6	Hastaneler hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapmalıdır.	1	2	3	4	5

7	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylemelidir.	1	2	3	4	5
8	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda vermelidir.	1	2	3	4	5
9	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye istekli olmalıdır.	1	2	3	4	5
10	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hissetmelidir.	1	2	3	4	5
11	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgili olmalıdır.	1	2	3	4	5
12	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibar olmalıdır.	1	2	3	4	5
13	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği almalıdır.	1	2	3	4	5
14	Hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi göstermelidir.	1	2	3	4	5
15	Hastaneler hastaları için elinden gelenin en iyisini yapmalıdır.	1	2	3	4	5

İkinci bölümde, hizmet alan bir hasta olarak ve tecrübelerinize dayanarak “**en son hizmet almış olduğunuz sağlık kuruluşunu değerlendiriniz**”. İlginiz ve göstereceğiniz hassasiyetten dolayı teşekkür ederim.

1	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşu modern araç-gereç ve donanıma sahiptir.	1	2	3	4	5
2	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun fiziksel imkânları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekicidir.	1	2	3	4	5
3	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) temiz ve düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
4	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşu hizmetlerini söz verdiği zamanda yerine getirir	1	2	3	4	5

5	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb), hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.	1	2	3	4	5
6	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşu hastalarının faturalama işlemlerini doğru olarak yapar	1	2	3	4	5
7	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastalara hizmeti tam olarak ne zaman yerine getireceklerini söylerler.	1	2	3	4	5
8	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda verir.	1	2	3	4	5
9	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.	1	2	3	4	5
10	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hisseder.	1	2	3	4	5
11	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) bilgilidir	1	2	3	4	5
12	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) kibardır	1	2	3	4	5
13	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşunun çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli alır.	1	2	3	4	5
14	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşu çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb) hastalara kişisel ilgi gösterir.	1	2	3	4	5
15	En son hizmet aldığım sağlık kuruluşu hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.	1	2	3	4	5

EK-2 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2017/

27/04/2017

Sayın Doç. Dr. Gamze Varol SARAÇOĞLU

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz “**Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi Ve Sağlık Hizmeti Kullanımı**” başlıklı ve 2017/42/04/02 nolu araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nicel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk ÇOŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28

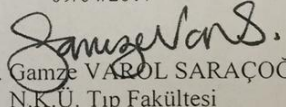
Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
E-posta: edrencber@nku.edu.tr

EK-3 KURUM İZİNLERİ**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımı" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

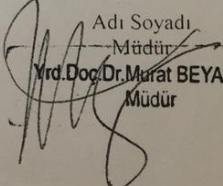
Bu araştırmanın müdürlüğünüz bünyesinde öğrencilere yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

09/04/2017


Doç. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU
N.K.Ü. Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.B.D.

UYGUNDUR

13/4/2017

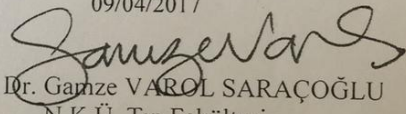

Adı Soyadı
Müdür
Yrd. Doç. Dr. Murat BEAZYÜZ
Müdür

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımı" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

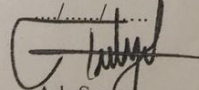
Bu araştırmanın müdürlüğünüz bünyesinde öğrencilere yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

09/04/2017


Doç. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU
N.K.Ü. Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.B.D.

Dr. Doç. Dr. T. YILDIZ
Müdür

UYGUNDUR


Adı Soyadı
Müdür

9. ÖZGEÇMİŞ

Ali Mesut TEMİZER 08.04.1990 Kayseri doğumludur. İlk ve orta öğrenimini Kayseri’de tamamlamış olan Ali Mesut TEMİZER, Marmara Üniversitesi Diş Protez Teknolojisi 2011, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği 2015 mezunudur. Yüksek Lisans eğitimini 2019 yılında, Tekirdağ Namık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Sağlık Hizmeti Kullanımı başlıklı tezi ile tamamlamıştır.