

MEHMET SAİT DEĞER

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2021

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

BİNGÖL'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA
BAŞVURANLARDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DR. MEHMET SAİT DEĞER

DANIŞMAN
PROF.DR. HALİM İŞSEVER

HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI (EKLENECEK)



İTHAF

Merhum babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde katkısı bulunan;

Doktora eğitimim süresince bilgisi ve tecrübesiyle bana yol gösteren danışmanım Prof. Dr. Halim İşsever'e;

Hem ders döneminde hem de tez sürecinde bilgisinden faydalandığım, hoşgörüsüyle tez sürecimi kolaylaştıran Prof Dr. Ayşe Emel Önal'a;

Tez izleme komitemde yer alarak çalışmama katkı sunan, halk sağlığını sevmemde ve bu alanda ilerleme kaydetmemde her zaman destek veren değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Taşdemir'e;

Çalışmamın yürütülmesinde işbirliği ve yardımları dolayısıyla Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD çalışanlarına;

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, beni yetiştiren kıymetli babam merhum Mehmet Selim Değer'e;

Her şart ve koşulda yanımda olduklarını hissettiren, doktora sürecinde beni motive eden, destekleyen anneme, abime ve kardeşlerime;

Doktora eğitimim boyunca çok ihmal ettiğim, fakat her zaman özveri ve sabırla yanımda olan eşime ve çocuklarıma;

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI (EKLENECEK)	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET.....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1 GİRİŞ VE AMAÇ	16
2 GENEL BİLGİLER.....	20
2.1 Sağlık.....	20
2.2 Sağlık Algısı	24
2.3 Kişilik	27
2.3.1. Kişilik Özellikleri.....	29
2.3.2. Eysenck Kişilik Kuramı	31
2.4 Sağlık Hizmetleri	32
2.4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	35
2.4.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	36
2.4.3 Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	37
2.5 Sağlık Hizmetlerinde Kalite	37
2.5.1 Algılanan Hizmet Kalitesi- Servqual Yöntemi	40
2.6 Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	42
2.6.1 1920-1937 Yılları Arası Sağlık Politikaları	43
2.6.2 1937-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	44
2.6.3 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	45
2.6.4 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları	46
2.6.5 2003 - 2011: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	47
2.7 Türkiye’ de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	52

2.8	Bingöl’ de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	58
3	GEREÇ VE YÖNTEM.....	65
3.1	Araştırma İzni	65
3.2	Araştırmanın Tipi.....	65
3.3	Sağlık Algısı Ölçeği	66
3.4	Eysenck Kişilik Anketi - Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA – GGK).....	67
3.5	Servqual Ölçeği.....	67
3.6	İstatistiksel Analiz	68
4	BULGULAR.....	70
4.1	Sosyo-demografik Özellikler	70
4.2	Servqual ölçeği ve alt boyut skorları.....	75
4.3	Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları	81
4.4	EKA – GGK anketi ve alt boyut puanları	87
4.5	Regresyon analizleri.....	93
5	TARTIŞMA.....	94
5.1	Sosyo-demografik özellikler.....	94
5.2	Sağlık algısı	98
5.3	Eysenck kişilik özellikleri	103
5.4	Algılanan hizmet kalitesi.....	110
5.5	Sonuç ve Öneriler.....	121
	KAYNAKLAR	131
	FORMLAR	148
	ETİK KURUL KARARI	153
	İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	157
	ÖZGEÇMİŞ	158

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1: Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri.....	70
Tablo 4. 2: Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı	71
Tablo 4. 3:Araştırmaya katılanların medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı	72
Tablo 4. 4: Araştırmaya katılanların eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı	72
Tablo 4. 5: Araştırmaya katılanların çalışma, sağlık güvencesi ve cinsiyete göre dağılımı	73
Tablo 4. 6: Araştırmaya katılanların meslek gruplarına göre dağılımı	73
Tablo 4. 7: KETEM birimine başvuranların yapılan işleme göre dağılımı	74
Tablo 4. 8: VSD birimine başvuranların yapılan işleme göre dağılımı.....	74
Tablo 4. 9: Servqual ölçeği ifade skorları.....	75
Tablo 4. 10: Servqual ölçeği ve alt boyutlarının skorları	76
Tablo 4. 11: Yaş gruplarına göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması	76
Tablo 4. 12: Yaş ile servqual alt boyut skorları ilişkisi.....	77
Tablo 4. 13: Cinsiyete göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması	77
Tablo 4. 14: Medeni duruma göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması	78
Tablo 4. 15: Eğitim durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	78
Tablo 4. 16: İkamet durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması	79
Tablo 4. 17: Çalışma durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması...	79
Tablo 4. 18: Sağlık güvencesi durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması	80
Tablo 4. 19: Sağlık algısı ve alt faktörleri puanları.....	81
Tablo 4. 20: Yaş gruplarına göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması	81
Tablo 4. 21: Yaşın sağlık algısı ve alt faktörleriyle ilişkisi	82
Tablo 4. 22: Cinsiyete göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması.....	83
Tablo 4. 23: Medeni duruma göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması	83
Tablo 4. 24: Eğitim durumuna göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması	84

Tablo 4. 25: İkamet durumuna göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması	85
Tablo 4. 26: Çalışma durumuna göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması	85
Tablo 4. 27: Sağlık güvencesi durumuna göre sağlık algısı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	86
Tablo 4. 28: Eysenck kişilik anketi alt boyut puanları	87
Tablo 4. 29: Yaş gruplarına göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	87
Tablo 4. 30: Yaşın eysenck kişilik anketi ve alt boyutları ile ilişkisi.....	88
Tablo 4. 31: Cinsiyete göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	89
Tablo 4. 32: Medeni duruma göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	89
Tablo 4. 33: Eğitim durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	90
Tablo 4. 34: İkamet durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	91
Tablo 4. 35: Çalışma durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	91
Tablo 4. 36: Sağlık güvencesi durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması	92
Tablo 4. 37: Bağımsız değişkenlere göre algılanan hizmet kalitesi lojistik regresyon analiz sonucu.....	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2 1: Bingöl Merkez TSM hizmet binası.	59
Şekil 2 2: Verem Savaş Dispanseri hizmet binası.....	62
Şekil 2 3: Bingöl Merkez TSM ve VSD şehir yerleşimi	64



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR:	4B Sosyal Sigortası
BIRADS:	Breast Imaging Reporting and Data System
ÇEKÜS:	Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı
DGT:	Doğrudan Gözetimli Tedavi
DM:	Diyabetes Mellitus
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EKA-GGK:	Eysenck Kişilik Anketi - Gözden Geçirilmiş Kısa Form
GGK:	Gaitada Gizli Kan
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
HT:	Hipertansiyon
KETEM:	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK:	Kanun Hükmünde Kararname
KKK:	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
KKMM:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MS:	Multiple Skleroz
OKS:	Oral Kontraseptif
OPA:	Oral Polio Aşısı
RIA:	Rahim İçi Araç
SAÖ:	Sağlık Algısı Ölçeği
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHM:	Sağlıklı Hayat Merkezi
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
TB:	Tüberküloz

Td: Difteri-Tetanos

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TSK: Türk Silahlı Kuvvetleri

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VHKİ: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni

VSD: Verem Savaş Dispanseri



ÖZET

Değer MS. Bingöl’ de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2021.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla organize edilmiş, bireylerin sağlık ihtiyaçları için ilk başvurdukları yaygın ve erişilebilir nitelikteki koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdir. Bu hizmetlerin etkili, verimli ve tercih edilir olması önemlidir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve hizmet kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi gerekmektedir.

Kesitsel tipteki bu çalışma ile Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı KETEM ve Verem Savaş Dispanseri birimlerine başvuranlarda algılanan hizmet kalitesinin Servqual yöntemiyle ölçülmesi ve bireyin sağlık durumunu etkileyen sağlık algısı ile kişilik özellikleri faktörlerinin etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 460 kişi dahil edilmiştir.

Araştırmada, Sağlık Algısı Ölçeği ortanca değeri 44 tespit edilmiştir. Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu alt boyutlarında ortanca değerler sırasıyla; “dışa dönüklük”; 4, “nörotizm”; 2, “psikotizm”; 2,65 ve “yalan”; 5 tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda, hizmet kalitesinde en yüksek beklenti “güven” alt boyutunda, en düşük beklenti ise “fiziksel özellikler” alt boyutunda, en yüksek algı “güven” alt boyutunda ve en düşük algı yine “fiziksek özellikler” alt boyutunda görülmüştür. Algılanan hizmet kalitesine ilişkin Servqual Skoru (-0,02) negatif (-) tespit edilmiştir.

Araştırma grubunda Servqual skorlarını; cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi ve eğitim düzeyi faktörleri etkilemektedir. Algılanan hizmet kalitesini tahmin etmek için kurulan lojistik regresyon analizinde; Sağlık Algısı Ölçeği “kontrol merkezi” (OR: 1,11) ve “sağlığın önemi” (OR: 1,16) alt faktörlerinin modele anlamlı katkı yaptıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Hizmet Kalitesi, Servqual, Sağlık Algısı, Eysenck Kişilik Envanteri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Değer MS. Factors affecting the perceived quality of service in primary health care providers in Bingöl. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health. İstanbul. 2021.

Primary health services are common and accessible preventive and therapeutic services organized for the prevention of diseases, protection and development of health, and which individuals first apply for their health needs. It is important that these services are effective, efficient and preferable. Therefore, it is necessary to measure the quality of service and examine the factors affecting the quality in primary health care services.

It is aimed to measure the perceived service quality in the KETEM (cancer early detection, screening and education center) and Tuberculosis Dispensary units of Bingöl Central Community Health Center with Servqual method and to examine the effect of health perception and personality characteristics factors affecting the health status of individuals with this cross-sectional type study. 460 people were included in the study.

In the study, the Perception of Health Scale median value was 44. The median values in the Eysenck Personality Questionnaire Revised- Abbreviated subdivisions are, respectively; "extroversion"; 4, "neurotism"; 2, "psychotism"; 2.65 and "lie"; 5 detected.

As a result of the research, the highest expectation in service quality was seen in the "confidence" sub-dimension, the lowest expectation was in the "physical characteristics" sub-dimension, the highest perception was in the "confidence" sub-dimension and the lowest perception was in the "physical characteristics" sub-dimension. Servqual Score (-0.02) negative (-) for perceived service quality has been determined.

Gender, marital status, health insurance and education level factors affect Servqual scores in the research group. The Perception of Health Scale sub factors which "control center" (OR: 1,11) and "importance of health" (OR: 1,16) contributed significantly to the model with logistics regression analysis established to estimate perceived service quality.

Keywords: Perceived Quality of Service, Servqual, Perception of Health, Eysenck Personality Questionnaire, Primary Health Care

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık ve hastalık kavramları hayatın varoluşundan beri insanlık için öncelikli konulardan olmuştur. İnsanlar, hastalıktan korunma, acıyı dindirme ve nihayetinde rahat, uzun bir yaşam sürdürmek için sağlığın korunması gerektiği düşüncesini hep muhafaza etmişlerdir. Bununla beraber sağlık riskleriyle ve hastalıklarla mücadele, sağlığın korunması ve geliştirilmesi çabasını etkilemiştir(1)(2). Sağlığı, çevresel, biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik faktörler etkilemektedir. Sağlık, kişinin yaşadığı topluma, sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek), değer ve inançlarına, sosyal ilişkilerine göre değişkenlik gösteren dinamik bir süreçtir (3)(4)(5).

Sağlık, ölçümlenebilir nesnel (tetkik, tahlil) kriterlerle birlikte bireyin sağlık durumunu idrak etmesi gibi öznel değerlendirmelerle tanımlanan karmaşık bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. İyilik halinin sağlanması için söz konusu edilen bedensel, ruhsal ve sosyal parametrelerin sayısının fazla olması hem kavramın tanımını netleştirmeyi hem de tüm insanlarda bu kavramı karşılayacak bir standart geliştirmeyi zorlaştırmaktadır (6)(7)(8). Bu nedenle sağlık için bireyin asıl amacı tam iyilik haline ulaşmaktır. Sağlık hizmetlerinin, uzun vadeli, bireye yönelik, bütüncül bir sağlık anlayışıyla yürütülmesi önemlidir(1)(9).

İnsan sağlığı, kalıtsal, çevresel ve psikolojik faktörlerden olumsuz etkilenebilir ve hastalık meydana gelebilir. Toplumda, bireylerin hasta olmasını önlemek, sağlığını korumak ve geliştirmek üzere devlet tarafından organize edilmiş sağlık sistemleri aracılığı ile vatandaşa sunulan hizmetlere sağlık hizmetleri denmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireyin hasta olmasını engellemek, sağlığını koruyup geliştirmektir. Bu amaçla öncelikli koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun tüm katmanlarındaki bireylerin rahatlıkla ulaşabilecekleri yaygınlıkta, etkililikte ve verimlilikte olmalıdır(1)(6)(10)(11). Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine göre daha az, etkisi ve kapsayıcılığı ise daha fazladır. Bu nedenle, toplumun sağlık düzeyinin esas belirleyicisi ve mutlak surette sağlanması gereken birinci basamak sağlık

hizmetleri, sağlık çıktıları hakkında fikir verdiği gibi toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için kritik rol oynamaktadır (6)(10)(11).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri felsefesiyle ülkemizde toplumun tamamına sosyal adalet anlayışı içerisinde, hakkaniyetli bir şekilde bütüncül ve sürekli sağlık hizmeti verilmesini hedeflemektedir (1)(10)(11). Bu hizmetler, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini almak üzere ilk başvurdıkları, erişilebilir ve yaygın, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde verildiği hizmetlerdir (1)(11)(12)(13). Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında; temiz su ve gıda temini, atık ve vektör kontrolü, besin ve yapı hijyeni gibi çevreye; aşılama, kemoproflaksi, taramalar, hijyen ve sağlık eğitimi (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara-alkol kullanmama, stres kontrolü) gibi bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri verilmektedir. Bu sağlık hizmetlerinde amaç; bireylerin sağlığını korumak, hasta olmalarının önüne geçmek, hasta olanları tedavi ederek sağlıklarına tekrar kavuşmalarını sağlamak ve iyilik hallerini devam ettirmektir. Bunun yanında bireylerin sağlığını geliştirerek toplumun sağlık düzeyini yükseltmek temel amaçlardandır(1)(10)(11)(12)(13)(14). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda birinci basamak sağlık hizmetleri kritik bir yerde bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin, uzun vadeli, bireye yönelik, bütüncül bir sağlık anlayışıyla yürütülmesi önemlidir(9)(14)(15)(16).

Günlük hayatta meydana gelen bireysel ve sosyal değişimler, teknolojik gelişmeler ile müşteri beklenti ve tutumlarının değişmesi, rekabet şartları, ekonomik maliyetlere önem verilmesi gibi faktörler hizmet sektörlerinde kalitenin önemini arttırdığı gibi sağlık hizmetlerinde de kalite konusunun da önemini arttırmıştır(17)(18)(19). Sağlık hizmetlerinde tıbbi yöntem, teknik ve uygulamaların prosedürlere ne kadar uygun yapıldığını ifade eden teknik kalite, hastalar tarafından değerlendirilemediği için fonksiyonel kalite önemli hale gelmektedir. Fonksiyonel kalite, bireyin teknik kalite ve hizmet sürecini nasıl algıladığını ifade eder. Fonksiyonel kalite ile bireyler, sağlık kurumunun sunduğu hizmeti değerlendirip tekrar tercih etme ve başkalarına önerme düşüncelerini ortaya koyarlar(17)(18)(20). Bu noktada sağlık kurumlarının fonksiyonel kalitesinin düzeyini belirlemek, sağlık kurumlarına başvuran bireylerin algıladıkları hizmet kalitesini ölçmek ve değerlendirmek çok önemlidir.

Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesini ölçmek için yapılan bilimsel çalışmalar genelde hizmet sunumu yapan sağlık kuruluşunun fonksiyonel kalitesini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti alanların teknik kaliteyi olumlu algılamaları, sağlık kuruluşunun fonksiyonel kalitesinin iyi olduğunu düşünmelerine ve sağlık kuruluşunda hizmet beklentilerinin karşılandığını gösterir(17)(18)(19)(20)(21). Sağlık hizmetlerinde, hizmet alan kişi cephesinde algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler genellikle dikkate alınmamaktadır. Bu durum algılanan hizmet kalitesini sadece hizmet sunan kuruluşun fonksiyonel boyutuna indirgemektedir. Oysaki sağlık hizmeti alan bireyin sağlık algısının ve kişilik özelliklerinin, bireyin sağlık durumunu algılamasını, değerlendirmesini, sağlıklı yaşam davranışı arayışını ve iyilik halini etkilediği bilinmektedir(22)(23). Bireyin sağlık durumunu etkileyen sağlık algısının ve kişilik özelliklerinin, sağlık hizmetlerini algılama ve memnun olma düzeyini de etkilemesi kaçınılmaz olacaktır.

Sağlıkla ilgili duygu, düşünce, inanç, ön yargı ve beklentilerin sübjektif bir sentezi olan sağlık algısı; bireyin kendi sağlık durumunu idrak etmesi ve değerlendirmesidir. Diğer bir ifade ile bireyin, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden ne kadar iyi olduğunu algılaması ve ifade etmesidir(22)(24)(25). Kişinin sağlık durumunu algılama şekli, inançları, düşünceleri; sağlık sorumluluklarını, sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını etkiler. Sağlık tutum ve davranışları da bireyin iyilik halini etkiler. Sağlık algısı iyi olan bireyler daha sağlıklı ve huzurlu bir hayat sürerler (22)(25)(26)(27).

Kişilik özellikleri farklı olan bireylerin sağlık ve hastalık algılamaları da farklı düzeyde olmaktadır. Hastalık ve sağlık kavramlarının algılanmasında ve değerlendirilmesinde kişilik özellikleri belirleyici niteliğe sahiptir(23)(28). Kişilik özellikleri farklı olan bireylerin sağlık algıları farklı olduğu için sağlıkla ilgili karar ve davranışları da değişkenlik göstermektedir(28)(29)(30). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı, tercih edilirliliği için algılanan hizmet kalitesini ölçmek önemlidir. Toplumun tamamı tarafından erişilmesi ve kullanılması istenen birinci basamakta sağlık hizmetlerinin kalitesiyle vatandaşların beklentisini karşılaması gerekmektedir. Hizmet kalitesi düzeyi iyi olmayan ve beklentileri karşılamayan birinci basamak sağlık hizmetleri tercih edilmeyeceği gibi

böyle bir durumda toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap vermesi ve toplumun sağlığını korumada yeterli olması söz konusu olmayacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve etkililiği onun geliştirilmesini ve bu alandaki sorunların tespitini, buna bağlı değişkenleri saptamayı zaruri kılmaktadır. Sorunların tespiti için öncelikle algılanan hizmet kalitesi düzeyinin tespit edilmesi gerekmektedir. Algılanan hizmet kalitesinin araştırma ölçütlerinden olan sağlık algısı düzeyi ile kişilik özelliklerinin saptanması ve bilhassa birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastalar üzerindeki tezahürünün anlaşılması mevcut sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için önem arz etmektedir. Tüm bu gerekçelerden ötürü bu çalışma ile Bingöl’de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların algılanan hizmet kalitesi düzeyinin ölçülmesi, sağlık algısı ve kişilik özellikleri gibi bireysel faktörlerin algılanan hizmet kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık

Sağlık, tarih boyunca insanlık için önemli bir konu olmuştur. İlk çağlardan itibaren sağlığı tehdit eden çevresel faktörler, sosyal değişimler ve çeşitli hastalıklar, toplumları önemli ölçüde etkilemiştir. İnsanoğlu tarihin her döneminde bireysel, toplumsal ve çevresel değişiklikler nedeniyle farklı sağlık riskleri ve problemleri ile karşılaşmıştır(1)(31). Doğal ve insan kaynaklı afetler nedeniyle meydana gelen salgınlar ve bulaşıcı hastalıklar 19.yy'a kadar tarih sahnesinde yerini almış ve sağlık için tehdit oluşturmuştur. Sonraki dönemlerde kentleşme ve toplu yaşam kültürünün gelişimiyle beraber sağlıklı yaşam koşulları, güvenli gıda ve su temini, hijyen, bağışıklama gibi konular önem kazanmıştır. Yirminci yüzyılda bulaşıcı hastalıklar önemli sağlık problemleri iken özellikle 1970'lerden sonra yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklar (HT, DM, Kalp-Damar Hast., KOAH, İnme) önemli sağlık sorunları haline gelmeye başlamıştır (3). Günümüzde ise yaşam süresinin uzamış olmasıyla birlikte kronik hastalıkların yanında kanser sıklığının artması, çevresel-mikrobiyolojik faktörlerin değişimi, antibiyotik direnci ve seyahat yaygınlığı nedeniyle yeni bulaşıcı hastalıklar (SARS, Mers-Cov, Ebola, Zika, Covid-19) tüm dünyayı tehdit eden salgınlara yol açan önemli sağlık problemleri olmuşlardır (1)(2)(31).

İnsanoğlunun varoluşundan itibaren sağlığı tehdit eden, hastalığa neden olan durumlar ve olaylar, insanların hastalıktan korunma, sağlığını muhafaza etme çabasını etkilemiştir. Toplumların sosyal, kültürel, ekonomik ve dini yapıları hastalıklardan korunma, tedavi yöntemleri, sağlıkla ilgili gelişmelerin artmasına ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesine olanak sağlayarak bireylerin sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sunmuştur (1)(3)(4). Ayrıca sağlık problemleriyle mücadelede ve hastalıkların tedavisinde yeni geliştirilen başarılı yöntemler ile elde edilen tecrübeler kuşaklar boyu aktararak hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunarak geliştirilmesi noktasında büyük fayda sağlamıştır (32).

İlk çağlardan yirminci yüzyılın ikinci yarısına kadar sağlık kavramı sadece insanın bedensel boyutuyla değerlendirilmekteydi. İnsan bedenini oluşturan hücre, doku, organ ve sistem unsurlarının koordineli bir etkileşim ile oluşturdukları denge hali sağlık olarak ifade edilmekteydi. Kısaca sağlık, bedensel iyilik durumu şeklinde

nitelendirilmekteydi (32)(33). Sağlığı korumak için insan bedenini hastalık etkenlerine karşı muhafaza etmek ve insan bedenine etki eden hastalığı tedavi etmek yeterli görülmekteydi. Fakat bu tanımın sağlığı tam olarak ifade etmediği görülmekle birlikte böylesi bir sağlık yaklaşımı ile sağlığı koruma noktasında etkili ve yeterli başarıya da ulaşamadığı görülmüştür.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra nüfus artışı, kentleşme, sosyal ve politik reformlarla birlikte sağlık kavramı yeniden tanımlanmıştır. Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kurulmuş ve sağlığın tanımı geliştirilerek; “sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde ifade edilmiştir (1)(7)(32). Buna biyopsikososyal sağlık modeli veya bütüncül sağlık yaklaşımı da denebilir. Bütüncül sağlık yaklaşımında insan sağlığı sadece bedensel marazların önlenmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi ile değil, beden sağlığıyla beraber akıl sağlığı ve bireyin sağlıklı olma halini olumlu etkileyen sosyal iyilik halinin de gerekliliği ifade edilmiştir (1)(7)(8).

Sağlık, tanımlanması zor ve karmaşık bir kavramdır. Tanımlamada hem objektif tahlil-tetkik değerleri ve hastalık için ölçülebilir kriterler hem de bireyin kendi sağlık durumunu algılamasını ifade eden sübjektif değerlendirmeler etkili olmaktadır. Kişinin, yaşadığı topluma, sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek), değer ve inançlarına, sosyal ilişkilerine göre değişkenlik gösteren dinamik bir süreçtir. Bireyin iyilik halinin sağlanması için söz konusu edilen bedensel, ruhsal ve sosyal parametrelerin sayısının fazla olması hem kavramın karşılanmasını hem de tüm insanlarda bu kavramı karşılayacak bir standart geliştirmeyi zorlaştırmaktadır (8)(27). Bu nedenle dinamik bir süreç olan sağlık için bireyin asıl amacı tam iyilik halini yakalamaktır. Tanımda ifade edilen tam iyilik halinin sağlanıp sağlanamayacağı sorusu hep tartışma konusu olmuştur. Fakat bilinçli bir şekilde kullanılmış olan tam iyilik hali kavramı en iyi, mükemmel durumu ifade etmekte olup nihai sağlık amacı olarak “tam iyilik haline” ulaşmayı hedeflemektedir (3)(8)(27).

Sağlık ya da iyi olma hali, bireyin hayatının normal akışı içinde karşılaştığı zorluklara, gündelik durumlara karşı yeteneklerini gerçekleştirebilmesi ile ilgilidir. Bu şekilde birey toplum içerisinde üretken olur, yaşantısını verimli ve mutlu geçirir. Böylece topluma katkı sunabilir. Bunların gerçekleşmesi için bireyin ruh sağlığının da iyi olması gerekir (34).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte bedensel ve ruhsal iyilik hali hakkında sahip olduğumuz bilgiler artmıştır. Fakat bununla birlikte yeni hastalıkların tanımlanması, mevcut hastalıkların kriterlerinin ve tedavi protokollerinin değişmesi gibi etkenler de “tam iyilik hali” kavramının sürekli değiştiğini ve aslında hiçbir zaman tam iyilik halinin sağlanamayacağını düşündürmektedir (3)(8)(35). Bedensel herhangi engeli olmayan biri için basit üst solunum yolu enfeksiyonu iyilik halini ciddi anlamda etkileyebilirken kanser hastası olan ve sürekli ağrı ile mücadele eden başka birisi için bu durum öncelikli bir mahiyet arz etmeyebilir, mevcut “iyilik halini” etkilemeyebilir. Ya da aynı toplumda bedensel ve ruhsal özellikler yönünden birbirine benzer niteliklere sahip kişilerin sosyal statüleri, çevreleri, sağlıklı olma durumlarını, algılarını ve dolayısı ile tam iyilik hallerini etkileyebilir (1)(7)(27).

Sağlık sektöründeki tüm gelişim ve dönüşümler ağırlıklı olarak bedensel ve ruhsal iyilik hali cihetinde meydana gelmiştir. Sosyal iyilik hali alanında da her gün yeni çalışmalar yapılmaktadır. Fakat sağlığın sosyal belirleyicilerinin, sağlığı nasıl ve ne ölçüde etkilediğine dair verilerin ölçümlenebilme olanağının zayıf olması, kullanılabilecek ölçme araçlarının görece daha az olması nedeniyle sosyal iyilik halinin tanımlanması zorlaşmaktadır. Buna rağmen doğası gereği sosyal bir varlık olan insanın sosyal ortam sayısı ve sosyal ilişki ağı gelişip arttıkça tam iyilik halinin sağlanması ve sağlığın sürdürülmesi kolaylaşmaktadır. Sağlık çıktıları üzerinden, sosyal belirleyicilerin tam iyilik halini ne kadar etkilediği son yıllarda sayısı giderek artan bilimsel araştırmalarla ortaya konmaya çalışılmaktadır. Özellikle hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde sosyal desteğin iyilik haline önemli katkı sunduğu, iyileşme sürecine ciddi faydalar sağladığı bilimsel çalışmalar ile ortaya konmuştur(1)(8)(35).

Bireyin içerisinde yaşadığı çevre, fiziksel özelliklerine, sosyal ilişkilerine ve yaşamsal davranışlarına etki eder. Komşuluk, mahalle ilişkileri, sosyal statü, yaşam alanı gibi bireyin sosyal boyutu bireyin ruh sağlığı üzerinde de etkili olmaktadır. Aile, arkadaş ve komşuluk ilişkileri iyi olan, sosyal statüsü yüksek, temiz ve sağlıklı bir sosyal çevrede yaşayan bireyler, daha az ruhsal sorunlar yaşamakta ve sağlıkları daha iyi olmaktadır(36)(37).

Dünya’da sürekli doğal ve insan kaynaklı afetler, insani krizler yaşanmaktadır. Bu krizler çok sayıda insanı etkileyen küresel halk sağlığı problemleridir. Savaş veya krizler nedeniyle binlerce insan ölmekte veya yaralanmaktadır. Sağ kalanlar ise evlerini

terk edip başka şehirlere sığınmakta veya başka ülkelere göç edip sığınmacı veya mülteci olarak yaşamlarını devam ettirmeye çalışmaktadırlar. Savaşta yaralı veya sağ kurtulanlar, başka yerlere göç etmek zorunda kalan insanlar başta fiziksel olmak üzere ruhsal yönden olumsuz etkilenmektedir. Birçok insan kendisini güvende hissettiği fiziksel ve sosyal çevresini yani doğal yaşam alanını terk etmek zorunda kaldığı için iyilik halinin oluşması ve sürdürülmesi için gerekli olan sosyal destekten de yoksun kalmış olmaktadır. Ayrıca bu insani kriz mağdurları, asgari yaşam standartlarını (barınma, eğitim, sağlık, emniyet, iş) sağlayacak şartlardan da genelde mahrum kalmış olmaktadır. Böylesi durumlarda toplum içerisinde dezavantajlı (sığınmacı, mülteci, engelli) grupların varlığı, diğer grupları da etkileyerek toplumsal iyilik halinin bozulmasına neden olabilir. O nedenle toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek - yükseltmek ve bunu sürdürmek için özellikle sığınmacılar gibi dezavantajlı toplum gruplarını önceleyen sağlık politikaları geliştirmek ve uygulamak gerekir (2)(37)(38).

Ruh sağlığı, tüm dünyada kullanılan ruh sağlığı sistemlerinin karışık olması, ruh sağlığı alanına yeterli kaynak ayrılmaması, hizmet boşlukları ve uygulanan sistemin yaygın, dengeli ve hakkaniyetli olmaması gibi nedenlerden ötürü sağlık sisteminin en zayıf ve kırılgan unsuru olarak kabul edilmektedir. Özellikle son 20 yılda yaşanan doğal afetler, savaşlar, kitlesel göçlerle birlikte ruh sağlığı alanındaki eksiklik daha görünür olmaya başladı. Tüm dünyayı etkileyen insani krizler, ruh sağlığının bireysel ve toplumsal iyilik halinin sürdürülmesinde ve hastalıklarla, salgınlarla mücadelede ne denli önemli olduğunu göstermiştir. Bu olay ve durumlar sağlık sistemlerinin yapısal, işlevsel olarak güçlendirilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayacak ve bireylerinin sosyal destekten yoksun kalmalarını engelleyecek yeni sosyal destek ağları, iletişim kanallarının oluşmasını da gerekli kılmıştır. İnsan ve toplum sağlığını korumaya yönelik değişim ve dönüşüme uyumlu sağlık politikaları ve eylemlerinin gerçekleştirilmesinin önemi giderek artmaktadır. Ayrıca pandemi ve diğer insani krizlerle etkin mücadelede tüm ülkeler arasında iş birliği ve birbirlerini destekleyen dayanışma ruhu ile uluslar üstü organizasyonlara ihtiyaç olduğu görülmüştür. Kriz yönetiminin daha etkili ve yetkin bir kanal aracılığıyla yapılması için DSÖ'nün daha etkin ve işlevsel yapıya büründürülmesinin gerekliliği de anlaşılmıştır (39).

Günümüzde biyopsikososyal sağlık yaklaşımı, hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi arayışlarını arttırmış, günün sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak uygulamaların hayata geçirilmesi ve uygun sağlık tesislerinin gelişimine olanak sağlamıştır. Kapsayıcı, bütüncül sağlık yaklaşımıyla birlikte bunu destekleyecek sağlıklı geliştirici faaliyetler ve gelişmiş, nitelikli sağlık uygulamaları önem kazanmıştır. Bu noktada sağlığın korunmasına yönelik bağışıklama faaliyetleri, sanitasyon, hijyen, sağlıklı beslenme, hareketli yaşam, fiziksel aktivitenin artırılması, bazı kanserler (meme, kolon ve serviks) için tarama faaliyetlerinin yaygınlaşması ve eğitim, şüphesiz çok önemli bir yerde durmaktadır (5)(35). Ayrıca hastalıkların tanısının konduğu, gerekli tetkiklerin yapıldığı, teşhise göre uygun tedavi seçeneklerinin uygulandığı sağlık tesislerinin sayısı ve niteliğiyle birlikte tüm bu sağlık sistemini etkili ve verimli bir şekilde kullanıp sistemin sürekliliğini sağlayacak sağlık insan gücünün niceliği ve niteliği de artmıştır.

2.2 Sağlık Algısı

Sağlık algısı, bireyin sağlık durumunu kendi bakış açısı ile değerlendirmesidir. Başka bir ifade ile bireyin sağlığı ile ilgili duygu, düşünce, inanç, ön yargı ve beklentilerinin toplamından oluşan sübjektif bir kavramdır (40)(41). Sağlık algısı, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal değerlendirmesine olanak sağlayan dinamik bir göstergedir.

Sağlık tehditlerinin algılanma düzeyi, bireyin koruyucu sağlık davranışlarını etkiler. Daha büyük sağlık riski ile karşılaşan bireylerin sağlığını koruma ve tedbirli davranma olasılığı daha yüksektir. Örneğin; son dönemde Covid – 19 hastalığına yakalanan bireylerin hastalıktan korunmak, tekrar yakalanmamak için maske, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına daha çok riayet ettikleri görülmektedir (42). Sağlık riskinin büyüklüğü bireyin farkındalığını etkileyerek bireyin sağlıklı olma, sağlıklı kalma algısını olumlu yönde etkilemektedir.

Bireyin sağlığı algılama biçimi; sağlık sorumlulukları, sağlık tutum ve davranışlarını etkiler. Sağlık algısı, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesini sağlayarak sağlıklı bir ömür sürdürülmesini amaçlamaktadır (22). Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanmama, strese uzak olma ve çevre ile iyi ilişkiler kurabilme gibi sağlıklı yaşam davranışları sağlık algısı düzeyi ile yakından

ilişkilidir(41)(43). Sağlık algısı düzeyi iyi olanların olumlu sağlık davranışları sergileme sıklığı da artar. Dolayısıyla bireyin daha sağlıklı olmasına zemin hazırlar.

İnançlar, algılar, düşünceler ve tutumlar sağlık davranışlarını etkiler. Sağlık davranışları da bireyin sağlık durumunu etkiler (24). Bireylerin olumlu sağlık davranışları ile sağlık bilgi ve inançlarının değişmesi aynı zamanda toplumun sağlık kalitesinin, sağlık düzeyinin yükselmesine olanak sağlar(25). Bu anlamda toplum sağlığının geliş(tiril)mesi; sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli kullanılması, sağlık kaynaklarının adaletli ve hakkaniyetli dağıtılması için yeni sağlık politikalarına olanak sağlayabilir. Bireysel ve toplumsal sağlık durumu birbiriyle sürekli etkileşim halindedir(24)(25).

Sağlık algısı, toplumlar, bölgeler ve bireyler arasında farklılık göstermektedir. İnsanın yaşamı boyunca meydana gelen teknolojik ilerlemeler, toplumsal, kültürel gelişmeler ile bireyin sosyal ve fiziksel çevresinin değişmesi de sağlık algısının değişmesine neden olmaktadır. Hatta zaman içerisinde bireyin sosyo-demografik (eğitim, iş, sosyal statü, yaşam alanı, yaşlanma, hastalık durumu) özelliklerinin, ruhsal ve arkadaşlık ilişkilerinin değişmesiyle birlikte sağlık algısı da değişkenlik gösterebilir. Sağlık algısı; bireyin duygu, düşünce, algı ve beklentilerin yanında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ortamı, kronik hastalık durumu, sigara, ruh sağlığı ve arkadaşlık ilişkileri gibi birçok kişisel faktörden etkilenmektedir (24)(25)(41).

Bir toplumun sağlık düzeyi ve sağlığa bakış açısı hakkında bilgi edinmek için toplumu oluşturan bireylerin sağlığının ve sağlıkla ilgili düşüncelerinin bilinmesi gerekmektedir. Günümüzde toplumun sağlık düzeyi hakkında bilgi sahibi olmak için çeşitli epidemiyolojik ölçütler kullanılmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, kaba ölüm hızı gibi parametreler toplumdaki sağlık problemleri, dağılımları, mücadele yöntemleri ve sağlık sistemi hakkında bilgiler vermektedirler. Epidemiyolojik ölçütler tamamen objektif verilerin değerlendirilmesi ile elde edilirler. Bu yöntemlerin yanında toplum sağlığını değerlendirmek üzere bireylerin kendi sağlık durumlarını öznel olarak ifade ettikleri değerlendirmeler de yapılabilir (24)(44). Bireyin sağlık durumunu; ‘çok iyi’, ‘iyi’, ‘orta’, ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ olarak veya 1’den 10’a kadar olan bir skalada sayısal olarak ifade eden bir değerlendirme yöntemi kullanılabilir. Subjektif bir değerlendirme yöntemi olan sağlık algısı görüldüğü üzere objektif değerlendirmelerle ilintilidir(24)(41)(44).

Sağlık algısı, sağlığın objektif ve subjektif açıdan değerlendirilmesine olanak sağlayan bir kavramdır. Subjektif sağlık; kişinin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden kendi sağlık durumunu iyi olarak ifade etmesidir. Burada birden fazla hastalığı olan bir kişi, kendisini sağlıklı olarak ifade edebilirken hiçbir objektif hastalık bulgusu olmayan başka birisi kendisini hasta olarak değerlendirebilir. Ya da aynı belirti, birinin kendisini hasta olarak hissetmesine sebep olabilirken bir başkası için hastalık algısı oluşturmayabilir. Subjektif sağlık, tamamen kişinin o anki algılamasına bağlıdır. Ayrıca sağlık çalışanları her hastalığın her bireyde aynı seyretmeyeceğini akıllarında tutup, bireylerin öznel sağlık algılarını da tanı ve tedavi aşamasında değerlendirmeye almaktadırlar (24)(45).

Objektif sağlık; tıbbi olarak muayene, tetkik ve tahlil sonuçlarına göre tespit edilen veya kuşku duyulan herhangi bir patolojik durumun olmaması hali olarak ifade edilebilir (46). Objektif sağlık tanımında mutlaka ölçümsel veya gözlemsel bulgulara ihtiyaç vardır. Sağlık veya tam iyilik hali için hem objektif hem de subjektif olarak sağlıklı olmak gerekir(25)(46).

Sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi bireyin sağlık algısını ve dolayısıyla sağlıklı olma halini etkiler. Sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık algısı morbidite ve mortalite ile doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı yaşam davranışlarının amacı, hastalık oluşumunun engellenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile bireyin sağlık algısının geliştirilmesi ve nihai hedef olarak sağlıklı bir yaşam sürdürmek olduğu için sağlığı doğrudan (fiziksel ve sosyal çevre) veya dolaylı (ruhsal durum) olarak etkileyen tüm unsurlardan etkilenmektedir (46)(47).

Ruh sağlığı veya zihinsel sağlık, insan sağlığını etkileyen ana unsurlardan biridir. Depresyon, anksiyete gibi çağımızın önemli sağlık problemleri, bireyin hem ruh sağlığını hem de genel sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Fiziksel olarak sağlık durumundan memnun olmayanlarda depresyon ve anksiyete sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir (48).

Bireysel, sosyal ve teknolojik değişiklikler, bireylerin/hastaların algı ve beklentilerini etkiler. Kişi hastalanıp sağlık kuruluşuna başvurduğu zaman sahip olduğu sağlık algısı verileri, sağlık probleminin ortaya çıkmasına, hastalığının anlaşılmasına yardımcı olur. Klinikte sıklıkla başvurulabilecek bu verilerin fayda sağlaması için bireyin sağlığı konusunda sorumluluk alması önem arz etmektedir. Bu noktada

sorumluluk alan bireyin sağlık algısını meydana getiren duygu, düşünce, inanç ve beklentilerini anlaması, iyi tanımlayabilmesi ve muhatabı ile etkili iletişim kurabilmesi gerekmektedir (25)(44)(49). Kişinin içinde bulunduğu sağlık durumunu iyi anlayıp tanımlayabilmesi, hastalıklardan korunma ve sağlığını geliştirmek için neler yapması gerektiği fikir ve eylemine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlık algısının tanımlanması, bilinmesi hem birey hem de toplum sağlığı için önemlidir.

Yazılı, görsel ve sosyal medya insanların sağlıkla ilgili bilgilere kolaylıkla ulaştığı yaygın ve kullanışlı araçlardır. Özellikle günlük yaşamda etkisi giderek artan sosyal medya, bireyin düşünce, inanç, tutum ve davranışlarını etkilemektedir (50). Ayrıca bireyin sağlıkla ilgili kararlarını da etkilemektedir. Söz konusu etkilenme olumlu olabileceği gibi olumsuz da olabilmektedir. Yani kişi sağlığı ile ilgili sosyal medyadan olumsuz bilgiler edinip sağlığını bozan eylemlerde bulunabilir. Bu nedenle sosyal medya gibi ucuz, kullanışlı ve etkili araçları amaca uygun ve kontrollü kullanmak gerekir. Sosyal medya aracılığı ile toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici sağlık politikalarını hayata geçirmek üzere bireylere olumlu sağlık tutum ve davranışları kazandırmak çok kolay ve etkili olabilmektedir (50)(51).

Yaşanılan fiziksel ve sosyal çevre, bireyin sağlığını algılama biçimini ve olumlu sağlık davranışları sergilemesini etkiler. Uygun fiziksel ve sosyal çevreden mahrum kalan özellikle çocuk, yaşlı, göçmen gibi dezavantajlı grupların iyilik halleri daha çabuk bozulmaktadır. Sağlık ihtiyacı oluşan bu grupların uygun sağlık tesisi ve sağlık hizmetine erişimi de daha zor olmaktadır. Bu nedenle bireyin sağlık/iyilik halini değerlendirmek için sağlık algısı çok önemlidir (52). Ayrıca sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının değerlendirilmesinde de kullanılan bir gösterge olan sağlık algısı günümüzde daha çok savunulmaktadır (53).

2.3 Kişilik

Tarih boyunca insanlar, toplumun bir parçası olarak değerlendirilmiş ve öyle kabul görmüştür. İnsanın, toplumdan ayrı bir birey olarak algılanmaya başlamasının yüz yıllık bir geçmişi vardır. Toplumun, niceliksel ve niteliksel olarak yapısını oluşturan bireylerin tek tek toplamından meydana geldiği ve bundan daha fazla nitelik ve değer taşıdığı görülmüştür. Ayrıca her bir bireyin sahip olduğu özellikler bakımından toplumu etkilediği görülünce kişilik kavramına olan ilgi ve bu konuda yapılan çalışma sayısı

artmıştır. Kişilik kavramı ile insan doğasının nasıl meydana geldiği, farklılaştığı, bireyin tutum ve davranışlarına nasıl dönüştüğü anlaşılmaya çalışılmaktadır (54)(55).

Günümüzde teknolojik ilerlemeler, sosyal ve kültürel gelişmeler oldukça hızlı bir şekilde meydana gelmektedir. Bu gelişmeler beraberinde toplumsal yapıları, sistemleri ve örgütsel unsurların da gelişmesine olanak sağlamıştır. Bireysel farklılıkların incelenmesi ile elde edilen bulgular, toplumsal meselelerin çözümünde yol gösterici olmaktadır. Kişilik araştırmaları ile ulaşılan veriler toplumsal refahın sağlanması ve sürdürülmesine olanak sağlamaktadır (23).

Toplumdaki değişim ve dönüşümler ancak toplumun temel bileşeni olan bireyler düzeyinde meydana gelebilecek farklılaşma ile oluşabilmektedir. Bu nedenle bireylerin kişiliklerinin anlaşılması ve tanımlanması, kişiliği etkileyen faktörlerin ortaya konması önem kazanmıştır. İş sektörü, kaynaklarını verimli kullanarak nitelikli ve işe uygun çalışanları ile hedefleri doğrultusunda ilerlemek istemektedir (55)(30)(56). Aynı şekilde sağlık sistemi de toplumun ihtiyaç duyduğu değişimi, sağlık düzeyini yükseltecek faaliyetleri, sağlık çalışanları üzerinden gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Bu nedenle toplumun yapı taşı olan bireylerin kişilik özelliklerinin bilinmesi önemlidir.

Kişilik, insanın içinde bulunduğu, yaşamını devam ettirdiği fiziksel, sosyal çevre, doğuştan getirdiği özellikler ile birey olmasını belirleyen fiziksel ve ruhsal yapısından oluşan soyut bir kavramdır. Kişiliği, kalıtsal ve yapısal faktörler etkilemekte, çocuğun anne-baba ile olan ilişkisi ve sosyal ortamlar da onu şekillendirmektedir. Bireyin büyürken edindiği kazanımlar, zihinsel kapasitesi, sahip olduğu duygu ve düşünceler, sosyal ve fiziksel ilişkileri, inanç ve değer yargıları, kişiliği oluşturan etkenlerdir (30)(56). Bu etkenlerin oluşturduğu kişilik ile birey diğer insanlardan ayırt edilir. Kişilik, bireyin düşünce, tutum, ilgi, yetenek, fiziksel görünüş ve çevre ile uyum özelliklerini kapsayan bir bütünlük arz eder. Bireyin nevi şahsına münhasır özellikleri ile fiziksel, sosyal çevresi bireyin kişiliğini etkilemektedir (54)(55)(56).

Kişilik, duygu, düşünce, inanç, değer, dış görünüş, tutum ve davranışların dengeli ve uyumlu birlikteliği ile meydana gelen bir yapıdır. Bireyler arasındaki farklılıkların nedenleri ve sonuçları ile ilgili fikir yürütmek için kişiliğin incelenmesi ve tanımlanması gerekmektedir (23)(57). Her insan karşılaştığı durum veya olay karşısında kendi kişiliğine uygun davranışlar sergiler.

Kişilik; bireye has, onu diğer insanlardan ayırt eden zihinsel ve duygusal nitelikler ile davranışlardır. Aynı zamanda doğumdan ölüme kadar süren dinamik bir süreçtir. Kısaca kişilik, kişiyi diğerlerinden farklı kılan, ayırt edici ve görece değişmeyen özellikler ve spesifik davranışlar olarak ifade edilebilir (56)(58). İnsanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal durumunun yaşamına yansımadır.

İnsanın kişiliği, karşılaştığı güçlükler, olaylar veya durumlar karşısındaki tutum ve davranışlarını etkiler, yaşam tarzını belirler. Kişi sahip olduğu yetenekleri, düşünceleri, sosyal ilişkileri kısaca tüm bireysel özellikleri yaşamına yansıtır. Kişilik, bireyin fiziksel ve ruhsal özelliklerinin birleşimi olup bireyin kişiliği hakkında bilgi verir (56)(58)(59).

2.3.1. Kişilik Özellikleri

Bir insana ait olan ve onu niteleyen her özellik söz konusu bireyi tanıma ve anlama konusunda yol göstericidir. Bireyin, cinsiyeti, görünüşü, göz-saç rengi, boy-kilo, konuşma tarzı gibi somut özellikler ile sevinç, üzüntü, öfke, kıskançlık, ahlak, dürüstlük, kıskançlık, zekâ ve yetenek gibi soyut tutum ve özelliklerinin tamamı kişilik kapsamında değerlendirilir ve bu özellikler kişinin yaşantısını etkiler. Fiziksel olarak kuvvetli, zayıf, uzun veya kısa boylu olma gibi değişkenler bireyin benlik algısını, yeteneklerini ve yaşantısında bağımsız olmasını etkileyebilmektedir. Bireyin fiziksel özellikleri hem kendi yaşantısını hem de diğer bireylerin düşünce ve davranışlarını etkiler (60)(61).

Kişi yaşamı boyunca çeşitli aşamalardan geçer ve bu süreçte bir takım kişisel değişikliklere ve gelişimlere şahitlik eder. Bireyin değişen fiziksel ve ruhsal özellikleri, kişiliğinin de değişmesine neden olur. Fakat bu değişiklikler kısa süre içerisinde değil, daha uzun zaman dilimlerinde meydana gelir. O nedenle kişilik özellikleri birbirleri ile tutarlı bir bütünlük arz ederler (62)(63).

Kişiyi özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, başka bir ifade ile şahsiyet olarak tanımlanan kişilikle ilgili iki temel varsayımda bulunmaktadır: İlki; kişilik özelliklerinin sabit olduğu, ikincisi ise; kişilik özelliklerinin davranışları etkilediğidir. Kişiliği anlama ve ölçmenin yolu ise kişilik özelliklerini ölçmekle mümkün olmaktadır (29).

Kişilik özellikleri; bireyin şahsına özgü, sürekli gelişim gösteren, birbirlerini destekleyecek şekilde tutarlı bir bütünlük oluşturarak kişinin çevre ile uyum içerisinde yaşamasına olanak sağlayan kişiliği oluşturlar (60)(62)(63). Bireyin bedensel ve zihinsel zenginliğini, niteliğini duygu, düşünce, tutum ve davranışlarla somut hale getiren kişilik, kendi içerisinde kararlı ve değişken (gelişime açık) bir sistematik yapıya sahiptir (63).

Hastalıkların algılanmasında bireysel farklılıklar önemlidir. Her birey hastalığı farklı bir ciddiyette ve düzeyde karşılar. Sağlık politika ve kurallarına uyum noktasında da kişilik özellikleri belirleyici olmaktadır. Kişilik özellikleri, farklı olan bireylerin sağlık algıları farklı olduğu için sağlıkla ilgili karar ve davranışları da farklı olmaktadır (64)(65). Genetik yapıdan içinde yaşanılan çevreye, yaştan sosyoekonomik duruma kadar birbiri ile bağlantılı faktörler bireyin kişilik özelliklerini etkileyip, kişiliğini oluşturur. Kişilik de bireyin kendi sağlığını değerlendirmesini etkiler (65)(66).

Kişilik kavramı çok geniş bir alana yayılmaktadır. Bu nedenle kişiliğin tek bir tanımını yapmak imkansızlaşmakta ve çok fazla sayıda kişilik tanımı yapılmaktadır. Gündelik hayatta çok sık kullandığımız kişilik kavramını bazen onu karşılamayan sözcükler, kavramlar veya kişilik özellikleri ile ifade etmeye çalışırız (61)(63)(67). Bu kavramlara Mizaç (huy) ve karakter örneği verilebilir. Kişiliğin kalıtsal ve toplumsal boyutları vardır ve bu boyutların uygun sentezi ile kişilik oluşur. Mizaç kalıtsal, karakter toplumsal boyuta karşılık gelmektedir (68)(69).

Mizaç (huy), bireyin doğuştan getirdiği ve ebeveynlerinden kalıtımsal olarak miras aldığı kişilik özelliklerini ifade eder. Mizaç, kişiliğin duygusal yönünü ifade eder ve kişinin günlük yaşantısında şahsına has belli duygusal tepkileri karşılamaktadır. Örneğin; çabuk sinirlenme, sıkılma, heyecanlı olma veya hareketsiz olma gibi farklı mizaç türleri vardır. Ayrıca endokrin sistem mizacı doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Karakter, bireyin yaşadığı ortamda kültürel faktörlerin ve ahlaki kuralların kendine özgü biçimde uygulanışdır (70). Başka bir deyişle bireyin fiziksel, zihinsel ve duygusal özelliklerinin sosyal ve kültürel değerler kapsamında değerlendirilmesidir. Karakter, kişiliğin ahlaki boyutunu temsil eder sosyal ilişkiler/yaşantılar yoluyla bazı toplumsal değerlerin içselleştirilmesi ile gelişmektedir (60)(61)(69).

2.3.2. Eysenck Kişilik Kuramı

Kişilik kavramının kapsamı oldukça geniş bir alana yayılmaktadır. Kişilik, dinamik ve derin bir kavram olduğu için sürekli ilgi çekmiş ve buna mukabil birçok tanımı yapılmıştır. Ayrıca bireyin davranışları üzerinden direkt yaşamına etki ettiği için her zaman kişilik ile ilgili geniş bir araştırma alanı oluşmuştur (61)(62)(68).

Kişiliği tanımlamak ve açıklamak üzere yapılan sistematik araştırmalar kişilik kuramlarının gelişmesine olanak sağlamıştır. Kişilik kuramları temelde insanı anlamak üzere farklı bakış açıları ile geliştirilmişlerdir. Kişiliği meydana getiren yapısal faktörler, bunların birbirlerine etkisi ve insanın davranışlarını meydana getiren mekanizmaları açıklama, ortaya çıkarma çabası, kişilik kuramlarının amaçlarıdır (61)(69). Psikanalitik, bilişsel, hümanistik, davranışsal, sosyal öğrenme, biyolojik, biyososyal, psikososyal, ihtiyaç, kişisel özellik gibi çok sayıda kişilik kuramı vardır (57)(71).

Eysenck kişilik kuramı, biyolojik yaklaşım başlığında yer almaktadır. Eysenck'e göre, modern kişilik kuramları yeterince anlaşılır olmayan, ölçümlenmesi zor ve kompleks kavramlardan oluşmaktadır. Önemli olan kişiliğin az sayıdaki boyutlarının açık, özenli ve belirgin olarak açıklanmasıdır. Eysenck'e göre kişilik; insanın kalıtsal ve çevresel faktörlerden kaynaklanan, birbirleri ile etkileşim sonucu şekillenen gerçek ve gerçek olmayan davranış yapısının tamamını ihtiva eder (61)(67)(69). Başka bir ifade ile kişilik; bireyin, karakteri, mizacı, zekası ve fiziğinin içinde bulunduğu çevreyle entegre olması için istikrarlı ve görece kalıcı (çabuk değişmeyen) organizasyonuna verilen addır (72)(73).

Eysenck, kişiliğin oluşmasına kalıtsal faktörlerin daha çok etki ettiğini söylemektedir. Çevresel faktörlerin kişiliğin oluşumuna etkisinin sınırlı olduğuna inanmaktadır. Toplumdaki bireyler arasındaki farklılıkların temel nedeni, biyolojik olarak farklı yapıda olmalarından kaynaklanmaktadır (69)(71). Eysenck kuramına göre kişilik, bireyin davranışlarının hiyerarşik biçimde kategorize edilmesi şeklinde de tanımlanmıştır. Belirli davranışlarını içeren tutum ve tepkiler, tepki düzeyleri hiyerarşik sınıflamanın temelini oluşturmaktadır (69).

Zekâ, karakter, mizaç ve bedensel yapı kişiliğin dört temel boyutu olup değişik şekillerde örgütlenmeleri kişilik gruplarını meydana getirir. Mizacı vücuttaki nöroendokrin sistem ve nörotransmitterler etkilemektedir (73). Kişilik yapısı esas olarak

birbirinden bağımsız iki eksen ve üç boyutta kategorize edilmiştir. Yatay ekseninde dışa dönüklük-içe dönüklük kişilik boyutu, dikey ekseninde ise nörotik ve psikotik kişilik boyutları vardır. Bütün insanların kişilik yapıları bu iki eksen üzerinde yer alan üç boyutta yer almaktadır. Her kişilik boyutundaki bireylerin özellikleri farklılık gösterir (61)(74)(75).

Dışadönük tip kişilik özellikleri; sosyallik, konuşkanlık, girişimcilik, sıcak kanlılık, aktiflik, heyecanlılık şeklinde sıralanabilir. Dışa dönük insan, yalnız olmaktansa diğer insanlarla beraber olmayı ister, risk almayı sever, neşelidir, iyimserdir ve isteklidir. Bunun yanında içedönük insan, içe kapanık, sessiz, temkinli ve çekingen tutum ve davranışlar sergiler (74)(76)(77).

Nörotik tip kişilik özelliklerine sahip bireyler; kaygı, korku, endişe, duygusallık, sinirlilik, ani parlama, depresyon, duygusal tutarsızlık ve düşük benlik algısı gibi tutum ve davranışlar sergilemeye eğilimlidirler. Psikotik tip kişilik özelliklerine sahip bireyler; soğuk, saldırgan, empatiden yoksun, mesafeli, bencil, duyarsız, hayalci ve güvensiz vasıflara sahiptirler (61)(76)(77)(78). Kişilik boyutları birbirleriyle ilişkili olmadığı için bir boyutta yüksek puan alan birisi diğer boyutlarda yüksek veya düşük puan alabilir (79)(80).

Yalan boyutu Eysenck'e en son eklenen kişilik boyutudur. Yalan boyutu gerçek kişiliğini, kişilik özelliklerini davranışları ile göstermeme çabası içerisinde olan bireyleri tanımlamaktadır. Ayrıca tüm ölçeğin geçerliliğini sınamaya yardım eden kontrol noktası/parametresi vazifesi görmektedir (28)(79)(80).

2.4 Sağlık Hizmetleri

İnsan sağlığını korumak ve geliştirerek daha iyi seviyeye getirmek toplumun sağlık düzeyini yükseltir, toplumdaki yaşam kalitesini arttırır. Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere devlet tarafından organize edilmiş sağlık sistemleri aracılığı ile vatandaşa sunulan hizmetlere sağlık hizmetleri denir(1)(10)(11).

DSÖ, 1970'li yıllarda Dünyada gelişmiş ülkeler ile diğer ülkeler arasında hatta bazı ülkelerde bölgeler arasında ciddi eşitsizlikler olduğunu dünyadaki sağlık düzeyinin düşünülünün çok altında olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle "2000 yılında herkes için sağlık" hedefi ortaya konmuş ve bu hedefin temelini; "2000 yılına kadar herkesin ekonomik ve sosyal açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği sağlık düzeyine ulaşmak

oluşturmuştur”(11). Bu hedefi gerçekleştirmek üzere izlenecek ilkeler ve prensipler belirlemek üzere 1978 yılında Alma-Ata şehrinde tüm ülkelerin katılımı ile toplantı yapılmıştır. Toplantı sonunda Temel Sağlık Hizmetleri bildirgesi yayınlanmıştır(1)(10)(11).

TSH tanımı şu şekilde yapılmıştır; “Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care), bir toplumdaki bireylerin ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımı ile toplumca ve ülkelerce karşılanabilir bir harcama karşılığında götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır(11). TSH, ulusal sağlık sisteminin; insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur” (1)(10)(11).

Esasında sağlık hizmetlerine yeni bir bakış açısı getiren TSH’ nin; toplumun genelini ilgilendiren bir görüş, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri, sağlık hizmetleri birden fazla faaliyet bütünü ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kritik rol oynar. TSH bakış açısına göre; sağlık hizmetleri toplumdaki tüm bireylere sosyal adalet anlayışı içerisinde ve hakkaniyetli bir şekilde ulaştırılmalı, toplumda yaşayan bireyler, sağlıklarını koruma noktasında sorumluluk alacak şekilde eğitim verilmeli ve sağlık hizmetlerine katılmaları sağlanmalı, sağlık sektörü çok boyutlu olduğu için toplum sağlığını korumak adına sektörler arası iş birliği yapılmalı ve ülkeler-bölgeler arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak üzere uluslararası dayanışma kültürü geliştirilmelidir(1)(10)(11).

TSH felsefesinde sağlık hizmetleri; vatandaşın ilk başvurduğu, en güncel teknolojinin kullanıldığı, ekip anlayışı içerisinde sürekli hizmetin verildiği, bireylerin sağlıkları hakkında sorumluluk alarak sağlık hizmetlerine katıldıkları bütüncül sağlık hizmeti (koruma, tedavi, rehabilitasyon) anlayışı ilkeleri çerçevesinde sunulmalıdır (1)(10)(11).

Bireylerin sağlığını korumak için insan sağlığını olumsuz etkileyen çeşitli etmenlerin etkilerinin ortadan kaldırılması ve zararlı etmenler nedeniyle hasta olanların etkili yöntemlerle tedavi edilerek sağlıklarına kavuşturulması sağlık hizmetlerinin temel amaçlarındanıdır. Bunun yanında hastalık nedeniyle bedensel, psikolojik veya sosyal yönden olumsuz etkilenen veya engelli durumuna düşen bireylerin eski sağlıklarına

dönmelerini, başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını idame ettirmelerini sağlayacak rehabilite edici uygulamalar da sağlık hizmetlerinin amaçlarındandır. Yani, bireyin sağlığını koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici müdahalelerle toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan planlı ve organize edilmiş çalışmaların tamamına sağlık hizmetleri denir(6)(10)(11).

Sağlık hizmetlerinin asıl amacı, bireylerin sağlığını korumak ve hasta olmalarının önüne geçmektir. Bunun için gerekli tüm koruyucu sağlık hizmetleri ve müdahaleleri uygulanır. Bu koruma önlemlerine rağmen toplumun bir kesimi hasta olur ve bu hastalıklar tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında tedavi edilir. Hastaların bir kısmı tedavi sonucu iyileşir, bir kısmı hastalık nedeniyle engelli kalır ve bir kısmı da hayatını kaybeder. Bu anlamda engelli durumunda olanların sağlıklarına tekrar kavuşmalarını sağlamak, başkalarına mümkün olduğunca bağımlı olmadan ve topluma adapte bir şekilde yaşamlarını sağlayacak rehabilite edici sağlık hizmetleri verilir. Temel olarak sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici boyutu vardır (1)(6)(10).

TSH, tüm toplum katmanlarındaki bireylerin kolaylıkla ulaşabilecekleri yaygınlıkta ve verimlilikte olmalıdır. Toplumun sağlık durumu, sağlık düzeyinin esas belirleyicisi olan ve mutlak surette gerçekleştirilmesi gereken temel sağlık hizmetlerinin önündeki, bireysel (sosyal ve psikolojik), sistemsel (fiziksel) ve toplumsal (sosyal, kültürel) engeller, etkin politikalar ve uygun müdahalelerle kaldırılmalıdır. Çünkü temel sağlık hizmetlerine erişim, sağlık çıktılarını ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde kritik rol oynamaktadır (15)(16).

Sağlık sistemlerinin toplumun tamamına yayılıp etkili bir sağlık hizmeti verilmesini sağlaması çok önemlidir. Vatandaşların tamamının kolay ulaşabildiği, etkin faydalandığı, uygun ve sürekli sağlık hizmeti hem bireylerin sağlık algısını olumlu etkiler hem de verilen hizmet ile sağlıklarının korunmasına büyük fayda sağlar. Sağlık sistemlerinin yaygın ve etkin olmaması, vatandaşların hizmete erişimde zorlanmasına ve sağlık hizmetlerini yeterince kullanamamasına sebep olmaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı da bazı sıkıntılara neden olmaktadır. Kaynak israfı, ihtiyacı olan vatandaşların hizmete ulaşamaması ve kalite algısında düşüklük gibi sonuçlara sebep olabilir (1)(81)(82).

Sağlık sistemleri, bireylerin sağlığını koruma noktasında bütüncül (bedensel, ruhsal ve sosyal) bir yaklaşım benimsemediği sürece sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplumlardan bahsetmek zorlaşacaktır. Ruhsal sağlık problemleri gün geçtikçe artmaktadır. Şu an için küresel hastalık yükünün %15'ini yaygın olarak görülen anksiyete ve depresyon ile diğer ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Bu rahatsızlıklar, bireyin sosyal damgalanması, fiziksel engellilik, yaşam kalitesinin düşmesi ve erken ölüm gibi sonuçlara neden olabilir. O nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri düzeyinde yaygınlaştırılması ve ihtiyacı olan vatandaşların uygun hizmeti kolay bir şekilde alması sağlanmalıdır. Bu şekilde ruhsal hastalıklar önlenmiş, tedavi gören hastalar topluma tekrar kazandırılmış olur (1)(83).

2.4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumdaki bireylerin hastalanmalarını önlemek, sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. İnsanlar kalıtsal, çevresel ve psikolojik birtakım faktörlere bağlı olarak hastalanabilir, sağlıkları bozulabilir. Bireyin hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce alınan önlemler ve yapılan uygulamalar aracılığı ile hastalıklarından ve sağlık risklerinden korunarak sağlığını muhafaza etmesi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır(1)(10).

Epidemiyolojik çalışmaların sistematik yapıldığı, toplumun sağlık riskleri ve hastalık nedenlerinin ortaya konduğu, hastalık ve sağlık risklerine karşı koruyucu müdahalelerin değerlendirildiği toplumlarda koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde başarılı sonuçlar elde edilir. Koruyucu sağlık hizmetleri topluma yönelik ve bireye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki çeşittir (6)(10).

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; sağlığı olumsuz etkileyen veya hastalığa neden olan çevresel faktörlerin etkisini ortadan kaldırarak bireyin sağlığını korumayı amaçlamaktadır. Temiz su ve gıda temini, hava kirliliğinin önlenmesi, atıkların kontrolü, vektör kontrolü ile besin, mesken ve iş ortamı hijyeni gibi başlıklar burada sıralanabilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlıkla beraber diğer sektörlerle yakından ilişkilidir. Bu nedenle bu hizmetlerin planlanmasında ve yürütülmesinde sektörler arası iş birliği oldukça önemlidir(1)(10).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; doğrudan kişiye sunulan, iyi olma halini sürdürmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bireylerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve sağlıkları konusunda sorumluluk almalarını sağlamak için olumlu sağlık davranışları

(sağlıklı beslenme, egzersiz, sigara-alkol kullanmama, stress yönetimi) kazandıracak sağlık eğitimleri bu başlıkta ön sırada gelir. Ayrıca, bağışıklama ile toplumdaki her bireyin hastalıktan korunması, kemoprofilaksi (Tbc, sıtma) ile riskli kişilerin korunması, erken tanı (kanser taramaları) ile hastalıkların erken ortaya çıkarılması ve kişisel hijyen ile kişilerin sağlıklarını koruma yöntemleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindendir(1)(6)(10).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerin maliyetinden daha azdır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal ve toplumsal faydaları da daha çoktur. Hijyen ve sanitasyon ile besin ve su kaynaklı bulaşıcı hastalıklar kolaylıkla önlenir. Bu şekilde bireylerin hastalanması, tedavi için hastaneye yatması ve hastalık sürecinde sebep olacağı iş gücü kayıpları gibi birçok durum düşük bir maliyetle önlenmiş olur. Toplumda daha az maliyetle daha etkin koruyucu ve sağlığı geliştirici uygulama ile toplum sağlığı düzeyi kolaylıkla yükseltilebilir. Bu nedenle toplumda koruyucu sağlık hizmetleri her zaman öncelikli olmaktadır(17)(84).

2.4.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde örgütlenmiştir. Bu örgütlenmede işleyişin sağlıklı ve dengeli yürümesi için birinci basamak sağlık hizmetleri önemli bir yerde bulunmaktadır.

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü gruptur. Bu hizmetler esas olarak, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri ve işyeri hekimliklerinde verilmektedir. Bu kuruluşlara kişiler, sağlık sorunları nedeniyle başvurarak muayene olduğu, tahlil ve tetkik yaptırabildiği, ilaç yazdırabildiği ve tedavi için gerekli ise ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşuna sevk edildiği tedavi edici sağlık hizmetlerinin ilk durağıdır. Ayrıca ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamağında koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmı entegre edilmiştir. Bu nedenle aile planlaması , kanser taramaları, tüberküloz hasta tanı ve takibi ve aşı gibi koruyucu sağlık hizmetleri bu sağlık tesislerinde verilmektedir (1)(12).

İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, hastaların tedavilerinin yatırılarak yapıldığı sağlık tesisleridir. Uzman branşlar aracılığı ile muayene, tetkik, tahlil ve girişimlerin yapıldığı küçük ve büyük kapasiteli sağlık kuruluşlarıdır.

Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ise; ikinci basamak seviyesine olarak genel ve/veya belirli hastalıkların tedavi edildiği en geniş imkanlara sahip, en gelişmiş yataklı tedavi kurumlarıdır. Üniversite hastaneleri, dal hastaneleri (kalp, ruh sağlığı, onkoloji) bunlara örnek olarak verilebilir(10).

İkinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli yürütülmesi için vatandaşların ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır. Oluşturulacak etkili ve kademeli sevk zinciri ile gerektiğinde üst basamaklara sevk yapılabilecektir. Bu şekilde kaynaklar (ekonomik, insan gücü) israf edilmemiş, ihtiyacı olanlar sağlık hizmetine kolaylıkla erişmiş ve sağlık hizmetlerinin belli noktalarda yığılması önlenmiş olacaktır(1)(10).

2.4.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık nedeniyle bireyler, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bazı sıkıntılar yaşayabilirler. Kişinin, hastalık nedeniyle bedensel olarak engelli durumuna gelmesi, ruhsal problemler yaşaması (anksiyete, depresyon) veya sosyal çevresinden uzak kalması nedeniyle iyilik hali bozulabilir. Kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinin yeniden kazandırılması için yapılan çalışmalara rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri denir(6)(10).

Tıbbi rehabilitasyon ile; bedensel sakatlıklar mümkün olduğunca giderilerek kişinin yaşamını bağımsız sürdürmesi sağlanmaya çalışılır. Ortez, protez, işitme cihazı gibi uygulamalar örnek verilebilir (1).

Psikososyal rehabilitasyon bireylere, hastalık veya sakatlık nedeniyle yaşadığı çevrede kendisinden beklenen rolleri yerine getirebilme becerisi kazandırma, eski işine uyum sağlama veya yeni iş öğretme, sosyal ilişkilerini geliştirme ve yaşam kalitelerini artırma çalışmalarının bütünüdür. Bu şekilde bireylerin toplumla uyumlu ve bağımsız olarak yaşamlarını sürdürmesi sağlanabilmektedir (1)(10)(85).

2.5 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık kuruluşlarının çeşitli nedenlerden dolayı verdikleri hizmetin kalitesini ölçmeleri gerekmektedir. Sağlık kuruluşları, verdikleri hizmetin vatandaşın ihtiyaçlarını-beklentilerini karşılama durumunu, sağlık sistemlerinin işleyiş durumunu ve kurumlarının yapısal durumunu incelemektedir. Bu şekilde tespit edilen eksiklik ve

aksaklıklar giderilir, sistemin iyileştirilmesi ile kurumsal yapının güçlenmesi sağlanır. Ayrıca vatandaşlara ekonomik, sürekli, kaliteli, ihtiyaçlarına cevap veren ve vatandaş memnun eden bir yönetim ve hizmet anlayışı geliştirilir. Hizmetin sürekliliği, kalitesi ve memnuniyet derecesi vatandaşın kuruma güven duymasını ve kurumu tercih etmesini önemli ölçüde etkiler (86)(87). Kurumun hizmet kalitesi, müşterilerinin beklentilerini başarıyla karşılama oranı olarak da ifade edilebilir (88).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı; bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek için ihtiyaç duydukları zamanda, kişiyi karar alma sürecine katarak, kaynakları etkili ve verimli kullanarak, bütüncül bir sağlık yaklaşımı ile en uygun tedaviyi sürekli vermektir (87)(89).

Hizmet sektöründe artan rekabet nedeniyle müşteri odaklı bir yönetim anlayışı hakimdir. Müşterilerin beklentileri doğrultusunda hizmet veren kurum veya yapı, stratejilerini ve hedeflerini belirleyerek müşterilerine en iyi hizmeti vermeyi amaçlamaktadır (90). Sağlık hizmetleri de hizmet sektörü olması hasebiyle günümüzde müşteri (sağlık hizmeti talep eden vatandaş/hasta) odaklı bir yönetim ve kalite anlayışı benimsemeye başlamıştır(89)(90).

Sağlık hizmetlerinde vatandaşın sağlık kuruluşundan beklentileri ile aldığı hizmet sonrası sahip olduğu algı, sağlık kuruluşunun hizmet kalitesi hakkında fikir verir. Beklentiler, müşterilerin talepleridir, yani sağlık kuruluşunun sunması gerektiğini düşündüğü şeyler/hizmetlerdir. Algılar ise müşterilerin bu süreçteki deneyimleridir, mevcut durumdur. Müşterilerin beklentileri ile algıları arasındaki fark hizmet kalitesidir (91).

Hizmet beklentileri ülkeler, bölgeler ve bireyler arasında farklılık göstermektedir. İçinde yaşanılan çevre, sosyoekonomik durum, eski deneyimler ve bireysel ihtiyaçlar beklentileri etkilemektedir. (80) Bu nedenle sağlık yöneticilerinin vatandaşın beklentilerini anlamaya çalışması ve onları karşılamaya yönelik çaba içerisinde olması gerekmektedir (92)(93).

Sağlık hizmetleri kalitesinin iki yönü vardır; teknik kalite ve fonksiyonel kalite. Teknik kalite, tıbbi yöntem, teknik ve uygulamaların prosedürlerin ne kadar doğru yapıldığını ifade eder. Teknik kaliteyi bu konuda yetkin kişiler anlayıp değerlendirebilir, vatandaşlar değerlendiremez. Hasta/müşteri ise sağlık hizmetlerinin fonksiyonel boyutunu değerlendirebilir. Fonksiyonel kalite, bireyin teknik kalite ve

hizmet sürecini nasıl algıladığını gösterir. Hasta/müşteri foksiyonel boyutta; sağlık tesisinin fiziksel özellikleri, sağlık personelinin nitelikli, duyarlı ve empatik olması, sağlık personelinin vatandaşta güven duygusu yaratması gibi boyutlarını değerlendirir. Hizmet kalitesi iyi olan sağlık tesislerinde hasta/müşteri memnuniyeti oluşur (92).

Sağlık kuruluşları, stratejik hedeflere ulaşmak, kurumsal yapı ve kapasiteyi geliştirmek, hizmet kalitesini arttırmak için kalite değerlendirmesi yapmaktadırlar. Bunun için kuruluşun kendisini dönemsel olarak içeriden ve dışarıdan denetlemesi önemlidir. Kalite değerlendirmesi ile kurumların problem çözme kapasitesi, çalışanların hizmete yönelik duyarlılık ve farkındalığı ile hasta güvenliği kültürü gelişir (86)(93).

Bireylerin ve toplumların sağlıklarının korunması ve sürdürülmesi için ruh sağlığı hizmetlerini de önemsemek gerekir. Ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığının korunması, ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavi edilmesini kapsar. Toplumun sağlık göstergeleri, doğumda beklenen yaşam süresi, morbidite, mortalite ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Ruh sağlığı hizmetleri bireylerin ihtiyaçlarına cevap veren ve vatandaşların ruh sağlığını koruyan stratejik planlama ve uygun politikalarla yürütülmelidir. Bu şekilde toplum sağlığına katkı sunan hizmet kalitesi elde edilir. Uygun, erişilebilir, nitelikli, sürekli, etkili sağlık hizmetinin bu konuda yetkin kişilerce güvenli bir şekilde vatandaşlara sunulması, sağlık hizmetlerinin kalite değerlendirme boyutları olarak görülmektedir (94).

Modern zamanda bilgi maddi karşılığı olmayan bir gücü temsil etmektedir. Bu nedenle sağlık politikaları doğrultusunda oluşturulan sağlık sistemleri ve sunulan sağlık hizmetlerini izlemek, etkilerini değerlendirmek, süreç analizi yapmak, sağlık hizmetlerini kalite boyutuyla incelemek ve daha iyi sağlık politikaları geliştirmek için bilgi elde edip kullanmak çok önemlidir (93)(95).

Sağlık hizmetlerinde talepte bulunan bireyler için, sağlıkları ile ilgili bilgiye sahip olmak, sağlığı ile ilgili durumlarda söz sahibi olmak ve alınacak kararlara katılmak önemli faktörlerdir (96). Sağlık hizmetleri ürün gibi somut değildir, hizmet süreci boyunca algılanan soyut bir karaktere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, elde edilen sonucun soyut, heterojen ve süreçten bağımsız olmaması nedeniyle ürün kalitesinden daha zordur (18)(97). Sağlık hizmetlerinde kalite hastanın bakım ve bilgi süreçlerinin kullanıcısı olduğu bütünsel bir sistemin önemli parçasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite gereklidir fakat yeterli değildir.

Sağlık hizmetlerinde değer algısı, bürokrasi temelli sağlık hizmetlerinden bilgi temelli hasta/vatandaş merkezli sağlık hizmetleri programlarının sunumuna doğru kaymaktadır. Bu değer algıları bireylerin ürün veya hizmet satın alma tercihlerini belirler (18)(98).

Maliyetlere verilen önemin artması, zorlu rekabet koşulları, teknolojik gelişmeler ve değişen müşteri tutumları, diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalitenin önemini arttırmıştır(21)(87). Sağlık işletmelerinde verilen hizmetin teknik ve fonksiyonel boyutu sunulan sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen unsurlardır. Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin teknik yönü, hastalar tarafından değerlendirilemediği için fonksiyonel kalite önemli hale gelmektedir. Fonksiyonel kalite değerlendirmesi ile bireyler sağlık kurumu tercihini belli ederler. Sağlık kurumlarının fonksiyonel kalitesini ölçmek üzere, sağlık kurumlarına başvuran bireylerin, hizmet kalitesi algısını ölçmek ve değerlendirmek önemli hale gelmektedir (18)(20)(21).

Algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik çalışmalar genelde hizmet sunumu yapan sağlık kuruluşunun kalitesini ölçmekte olup, hizmet sunan kuruluşun fonksiyonel kalitesini ortaya koymaktadır. Fakat hizmeti alan kişi cephesinde algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Bu durum algılanan hizmet kalitesini sadece hizmet sunumu yapan kuruluşun fonksiyonel boyutuna indirgemekte ve algılanan hizmet kalitesini sadece hizmet sunan kuruluş boyutuyla değerlendirmektedir. Oysaki hizmet alan kişinin sağlık algısı ve kişilik özelliklerinin kişinin sağlık hizmetlerinden memnun olma düzeyini etkilediği bilinmektedir (18)(20)(21).

Sağlık hizmetlerinde kalite çok önemli bir konu başlığıdır. Çünkü toplumun çoğunluğunu hatta dolaylı etkilerle tamamını ilgilendiren bir boyutu vardır. Ayrıca sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı için hayati ve hata kabul etmeyen bir mahiyette ve toplum sağlığını korumaya yönelik sorumluluk alınan bir yeredir. Bu sebeplerden dolayı bir toplumda sağlık hizmetleri, iyi organize olmuş bir sistemle, yaygın, düşük maliyetli, nitelikli ve kaliteli olmalıdır (91)(98).

2.5.1 Algılanan Hizmet Kalitesi- Servqual Yöntemi

Hizmet kavramı soyut, heterojen, üretim ve tüketimin eş zamanlı, dayanıksız (depolanamaz) ve sahihsiz olması özelliklerinden dolayı çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Aynı şekilde hizmet kalitesi kavramı da çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Hizmet kalitesi bazı faktörlerin değerlendirilmesi ile belirlenebilir.

Sağlık hizmeti kalitesini, sağlık kuruluşunun uygun nitelik ve sayıda araç-gerece sahip olması kadar temiz ve düzenli personel tarafından söz verilen hizmetin doğru, zamanında verilmesi etkiler. Aynı şekilde bireylere şahsi ilgi göstererek ihtiyaçlarını hızlı bir şekilde yerine getirme isteği, insanlara saygı gösterme ve güven duygusu yaratma gibi faktörler de sağlık hizmet kalitesini ciddi anlamda etkiler (20)(91)(99)(100).

Hizmet kalitesini ölçmek ve değerlendirmek üzere geliştirilmiş yöntemlerden birisi de Servqual yöntemidir. Müşterilerin beklenti ile algıları arasındaki farkın puansal olarak hesaplanmasına dayanarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından kavramsal olarak geliştirilmiştir. Algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmete yönelik algılarının karşılaştırılması esasına dayanan ve beklenti ile algı arasındaki farka göre yorumlanan hizmet kalitesi değerlendirme yöntemidir. Servqual yöntemi, hizmet kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için çok sık kullanılan bir yöntemdir(19)(20)(21)(87).

Bu yöntemde göre Algılanan Hizmet Kalitesi-Servqual puanı, müşterilerin sahip olduğu-algıladığı hizmet puanından beklediği hizmet puanının çıkarılması ile elde edilir. Bu yaklaşıma göre, eğer beklenen hizmet algılanan hizmetten büyük ise hizmet kalitesi tatmin edici olmaz, bu kalite düzeyi kabul edilemez. Beklenen hizmet algılanan hizmetten küçük olduğunda ise hizmet kalitesi ideal olur ve kişi mutlu olur. Beklenen hizmet algılanan hizmete eşit olduğunda ise kişi hizmet kalitesinden tatmin olur (19)(20)(21)(87).

Algılanan hizmet kalitesini beş alt boyut belirlemektedir. Bunlar, fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empatidir.

Fiziksel özellikler; sağlık kuruluşunun fiziki yapısı, çalışanların görünümü ve hizmet sırasında kullanılan araç- gereçler olarak ifade edilebilir.

Güvenilirlik; sağlık kuruluşunun, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini, doğru ve güvenli bir şekilde vermesidir. Kurumun söz verdiği hizmeti zamanında vermesini ifade eder.

Heveslilik; kuruluşun hastaya hizmet sunma, yardımcı olma isteği ile hizmeti hızlı bir şekilde verme istekliliği/gayretidir.

Güven; kurum çalışanlarının bilgi, tecrübe ve nezaketle hastada güven duygusu yaratmasıdır.

Empati; kurumun hastalara bireysel ilgi göstermesi, taleplerine özen göstermesidir(20)(21)(44)(89).

2.6 Türkiye’de Sağlık Politikaları

Yaşadığımız toplumda yüzyıllar boyunca devrin sosyal, kültürel ve teknolojik durumuna göre sağlık hizmetleri verilmiştir. Özdiç; “Osmanlı döneminde ordu merkezli sağlık sistemi içerisinde tabip, cerrah ve diğer sağlık çalışanları ordu mensuplarına hizmet vermekteydi. Halk, sağlık ihtiyaçlarını serbest çalışan hekimler aracılığıyla gidermekteydi. Ayrıca özellikle toplumun sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan yoksul kesimi ücretsiz bir şekilde tedavi ve bakım hizmetlerini darüşşifalar üzerinden sağlamaktaydı. Fakat bunların sayıları yeterli değildi” demektedir (101)(102).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihi gelişimi yapısal ve örgütsel olarak Dünya’daki gelişmelerle paralellik gösterir. Tarih sahnesinde 20. Yüzyılın ikinci çeyreğine kadar devam eden uluslararası mücadeleler, savaşlar nedeniyle sağlık sistemleri ve organizasyonları ağırlıklı olarak ordu merkezliydi. Toplum temelli ve toplumun sağlık düzeyini yükseltme hedefli sağlık değişiklikleri ve uygulamaları, 19. Yüzyılın ilk yarısından itibaren hayata geçmeye başlamıştır. Modernleşmeyle beraber sağlık alanında da birtakım gelişmeler olmuştur. Osmanlı Devleti’nde ordu içerisinde nitelikli ve yeterli sayıda sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere 1827 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane kurulmuştur. 1866 yılında ise ülke genelinde nitelikli sağlık hizmetini sunacak sağlık personeli yetiştirmek üzere sivil tıp okulu açılmıştır. Öteki taraftan batıdaki tıbbi gelişmeler takip edilerek getirilmiştir (101)(102)(103).

1850’li yıllardan Cumhuriyet dönemine kadar sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini sağlamak ve ülke genelinde sağlık sistemi kurma çabaları devam etmiştir. İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile memleket tabiplikleri kurularak yaygın tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi amaçlanmıştır. Sağlık sistemi etkin idaresi için 1906 yılında Meclis-i Maarif-i Sıhhiye kurulmuş, 1913 yılında ise Dahiliye Nezareti’ne bağlanmıştır(101). Bu dönemde ülke sathında sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını sağlamak üzere hükümet tabipliği sistemine geçilmiştir. İl merkezlerinde sağlık müdürlükleri kurulmuş ve aşılama, sanitasyon ve salgın

hastalıkların önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğu il sağlık müdürlüklerine verilmiştir (84)(102)(104).

Cumhuriyet'in kuruluşu ile sağlık sistemi ve organizasyonunun belirlenmesinde Batı'ya dönük bir rota izlenmiştir. Bu süreçte sağlık politikaları devletin içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal (savaş sonrası) durum ve Dünya'daki gelişme ve eğilimler doğrultusunda yapılmıştır(84)(101).

2.6.1 1920-1937 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti 3 Mayıs 1920 tarihinde kuruldu ve ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atandı. Osmanlı devletinden miras alınan sağlık sisteminin, ülkenin içerisinde bulunduğu zor savaş şartları, ekonomik sıkıntılar, sağlık organizasyonunun fiziki ve hukuki alt yapı eksikliği gibi nedenlerden dolayı yeniden planlanması ve organize edilmesi gerekiyordu. Adnan Adıvar yaklaşık bir yıl süren bakanlık döneminde hukuki alt yapıyı oluşturmaya yönelik çalışmalarda bulunmuştur(14)(101). 1921 yılında Refik Saydam Sağlık Bakanı olarak atanmış ve 1937 yılına kadar uzun bir süre bu görevi sürdürmüştür. Devrin savaş şartlarında ilk kurulan bakanlıklardan biri olan Sağlık Bakanlığı devlet olarak sağlık konusunun önemsendiğini göstermektedir (14)(84)(101)(102)(105).

Refik saydam döneminde, ilçelerde hükümet tabiplikleri ve illerde sağlık müdürlükleri kurulmuştur. Bu dönemde sağlık politikaları dört ilke üzerine şekillenmiştir. İlk olarak ülke genelinde sağlık hizmetlerinin tek elden ve merkezi bütçe ile yönetilmesini sağlayacak planlama ve organizasyon yapılmaya çalışılmıştır. İkinci olarak koruyucu ve birincil basamak sağlık hizmetlerinin hükümet tabipliklerince, yataklı tedavi hizmetlerinin ise il sağlık müdürlüklerince yürütülmesi sağlanmıştır. Bu anlamda yerel yönetimleri motive etmek ve örneklik teşkil etmeleri için Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas ve İstanbul'da numune hastaneleri açılmıştır. Ülkenin sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin sayısı arttırılmış ve tabiplere mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir. Sıtma, verem, frengi, cüzzam, trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları başlatılmıştır (14)(84)(101)(102)(106).

Refik Saydam döneminde sağlık hizmetleri ile alakalı bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. O dönemde bazıları halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır. 1928 yılında çıkarılan 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. 1930

yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ülkemizin sağlık politikalarının esasını teşkil eder ve günümüze de ışık tutmaktadır. 1936’da çıkarılan “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” ile sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarının yapısı belirlenmiştir. Söz konusu üç kanun Cumhuriyet Dönemi ve sonrasında sağlık sisteminin temelini ve esas yapısını oluşturmuştur (14)(84)(101)(102)(104)(105).

2.6.2 1937-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

İkinci Dünya Savaşı’nın meydana geldiği bu dönemde Türkiye’nin sağlık durumu savaşa girmemesine rağmen bozulmuştur. Sıtma, tifüs, çiçek gibi bulaşıcı hastalıklar salgınlara yol açmıştır(84)(102)(105). Bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek üzere “Olağandışı Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır. 1945 yılında bugünkü Sosyal Sigortalar Kurumunun temelini oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu ile işçiler için sağlık kuruluşu kurma, işletme ve personel çalıştırmanın önü açılmıştır. Bu şekilde sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık Bakanlığı dışındaki aktörler rol almaya başlamıştır(14)(102)(104).

Dr. Behçet Uz’un Sağlık Bakanı olduğu 1946 yılında “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” uygulamaya konmuştur. Bu plan kapsamında sağlık hizmetlerinin (koruyucu ve tedavi edici) birleştirilmesi ve ülke geneline yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Sağlık Hizmetlerinin planlama ve organizasyonu bakanlık tarafından yapılmıştır. Böylece her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurulması, hekim, sağlık memuru ve ebe istihdam edilerek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesi amaçlanmıştır (14)(101)(102)(104). Fakat sonraki dönemlerde bu plan tam olarak uygulanamamış olsa da 1980’lere kadar etkileri devam etmiştir. Süreç içerisinde bu sağlık merkezlerinin bir kısmı sağlık ocaklarına bir kısmı da hastanelere dönüştürülmüştür (14)(84)(101)(102) (103).

Başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere enfeksiyon hastalıkları, yetersiz beslenme, uygun olmayan yaşam koşulları, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığının yeterli olmaması gibi nedenlerle çocuk ve anne ölümlerinin fazla olması nüfus arttırıcı politikaların benimsenmesine yol açmıştır(84)(101). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası organizasyonların yardımı ile Ana Çocuk sağlığı merkezleri açılmaya başlamıştır. Bu çerçevede çocuk hastaneleri ve doğumevlerinin sayıları arttırılmıştır.

Bunun yanında hekim, sağlık memuru ve ebe sayısı ve niteliğini arttırmaya yönelik çabalar hayata geçirilmiştir(84)(102)(105).

Özel idare hastaneleri 1953 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış ve ülke genelinde tüm sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanmıştır. Bu dönüşümle birlikte il ve ilçelerde hastanelerin yapımı hız kazanmıştır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin odağı bütünsel sağlık hizmetleri (koruyucu ve tedavi edici) yaklaşımından tedavi edici sağlık hizmetlerine kaymıştır (14)(101)(102). Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesine, önemini yitirmesine neden olmuştur. Tedavi edici sağlık hizmetleri odaklı yaklaşım sonraki dönemlerde sağlık politikalarına da yön vermiş ve 2000'li yıllara kadar koruyucu sağlık hizmetleri hak ettiği değeri görmemiştir (14)(101)(105).

2.6.3 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi olarak bilinen bu dönem Türkiye'de Sağlık hizmetlerinin gelişiminde önemli bir kilometre taşıdır. 1961 yılında Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde hazırlanan 224 Sayılı Sağlıkın Sosyalleştirilmesine dair kanun, "bireyin doğuştan elde ettiği sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım hakkının devlet tarafından yerine getirilmesi ve güvence altına alınması gerektiğini savunmuştur"(14)(84)(102)(105).

Tüm ülkede sağlık hizmetlerinin sürekli, yaygın, kademeli ve entegre bir şekilde verilmesi düşüncesiyle teşkilat yapısı sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde oluşturulmuştur. İl içerisinde sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi düşünülmüştür. Bu şekilde sağlık evleri, sağlık ocakları merkezli koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin dar bir bölgede entegre olarak sunulması ve toplumun her bireyine sağlık hizmetlerinden yararlanma noktasında eşit fırsat verilmesi amaçlanmıştır (14)(84)(101)(105)(106).

Sağlığın sosyalleştirilmesi çalışmaları kapsamında sağlık hizmetlerinin organizasyonel yapısında değişiklikler yapılmıştır. Buna göre taşrada her 2000- 2500 kişilik nüfusa bir sağlık evi hizmet verecek ve burada çalışan ebe başta anne- çocuk sağlığı hizmetleri (bağışıklama, sağlıklı doğum, aile planlaması) olmak üzere, bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi gibi ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlayacaktır (14)(84)(102). Köylerde her 5000- 10000 nüfusa, ilçe (10.000-30.000 kişiye) ve illerde (30.000- 50.000 kişi) farklı sayılardaki

kişilere bir sağlık ocağı hizmet verir. Sağlık ocağında nüfusa göre hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve yardımcı sağlık personelleri çalışmaktadır. Sağlık ocaklarında bireylere koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmaktadır (14)(84)(102). İlçe ve il merkezlerinde nüfusa göre yatak kapasitesine sahip ve uzman hekimlerin de bulunduğu ikinci basamak sağlık kuruluşları hizmet vermiştir (14)(101)(102)(105).

Sağlığın Sosyalleştirilmesi Kanunu çerçevesinde sağlık politikaları 1980’li yıllara kadar uygulanmaya devam etmiş ve 20 yıllık dönemdeki sağlık politikalarına da yön vermiştir. 1978 yılında çıkarılan “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile doktorların muayenehane açması yasaklanarak sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan insan gücünün karşılanması bir süre gerçekleşmiştir (14)(84)(102)(105).

2.6.4 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1980 ve sonrasında hâkim olan neo-liberal anlayış tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık politikalarını etkilemiştir. 1961 anayasasında devlet tarafından temel sosyal ve ekonomik bir hak olarak sağlanması gereken sağlık hizmetleri 1982 anayasası ile devletin planlayıp denetlediği bir yapıya dönüştürülmüştür. Bu şekilde devlet, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sunulmasını planlayan ve denetleyen bir hukuki pozisyona getirilmiştir (14)(84)(101)(106).

Anayasa’nın 60. Maddesinde; “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” hükmü yer almaktadır. Ayrıca Anayasa’nın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü yer almaktadır(107). Bu anayasa maddelerinin zemininde, sağlığın sosyalleştirilmesi politikalarının kapsamında Genel Sağlık Sigortası kurulması amaçlanmış fakat takip eden süreçte tam olarak gerçekleştirilememiştir. O dönemdeki uygulamalar ile üç başlı (Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı) sağlık finansmanı modeli ortaya çıkmış ve hayal edilen kapsam ve etkinlik sağlamamıştır (108).

1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmış fakat anayasa mahkemesinin bazı maddeleri iptal etmesi ve uygulamaya yönelik düzenlemelerin yapılmaması nedeniyle tam olarak hayata geçmemiştir(101)(108).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1990 yılında sağlık sektörü için bir planlama yaparak sağlık reformları için stratejiler belirlemiştir. Bu amaçla 1992 ve 1993 yıllarında Ulusal Sağlık Kongreleri toplanmıştır. Ekonomik olarak düşük gelir grubundaki vatandaşlar yeşil kart uygulaması ile genel sağlık sigortası çatısı altında sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı 1993 yılında “Ulusal Sağlık Politikası”; yaşam biçimi, destek, çevre sağlığı, sağlık hizmetleri sunumu ve sağlıklı Türkiye hedefleri şeklinde beş bölümden meydana gelmektedir(84)(101)(108). 1998 yılında genel sağlık sigortasının birleştirilmesi çalışmaları yürütülmüş fakat yasal zemini oluşturulamamıştır.

1990 ve 2002 yılları arasında Sağlık Reformu’na ilişkin yapılan çalışmaların dört ana ögesi vardır. Bunlar; 1. Genel sağlık sigortasını tek çatı altında toplamak, 2. Birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekimliği modeliyle uygulamak, 3. Kamu hastanelerini otonomi ile yönetmek, 4. Koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir bakış açısıyla sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen Sağlık Bakanlığı yapısı kurmak şeklinde sıralanabilir(84)(101)(105)(106).

2.6.5 2003 - 2011: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Dünya’da sürekli bir takım sosyal, kültürel, ekonomik değişim ve dönüşümler meydana gelmektedir. Bu değişim ve dönüşümler sağlık alanını doğrudan veya dolaylı olarak, tersi bir şekilde sağlık alanında meydana gelen olaylar da diğer alanları etkileyebilmektedir. Yaşadığımız toplumda yaklaşık iki yüz yıldır sağlık hizmetleri ile alakalı yenilikler ve gelişmeler yaşanmıştır. Bu değişimler her dönemde toplumun sosyal, kültürel, ekonomik ve teknolojik durumu ve devrin ihtiyaçlarına göre şekillenmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren devrin sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık politikaları geliştirilmiş ve uygulanmaya çalışılmıştır. Fakat 2000’li yıllara gelinceye kadar geliştirilen sağlık politikaları çeşitli nedenlerden dolayı tam olarak hayata geçirilememiş, devam ettirilememiş ve uzun soluklu bir etki ile sağlık göstergelerini istenildiği gibi değiştirememiştir(105)(108).

Türkiye’de 1950’li yıllardan itibaren bazı alanlarda demografik, sosyal ve kültürel değişiklikler meydana gelmiştir. Nüfusun ciddi oranda artması, kırsal nüfusun

azalması ve kentsel nüfusun artması, şehirleşme ve sanayileşmenin artması, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların artması bu değişimlere örnek verilebilir. Tüm bu değişiklikler, hijyen, toplum beslenmesi, sağlıklı çevre, sağlıklı ve güvenli iş alanları, anne-çocuk sağlığı-aile planlaması, bağışıklama, bulaşıcı hastalıklar, yaşlılık ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerine erişim ve hakkaniyetli kullanım gibi sağlık başlıklarını da etkilemiş ve gelişimini sağlamıştır (101)(102)(109).

Toplumda meydana gelen sosyal, kültürel ve ekonomik değişim ve dönüşümler dinamik bir yapıya sahiptir. Benzer şekilde sağlık alanı da hem sosyokültürel ve ekonomik değişikliklerin neden olduğu sağlık etkileri hem de dönemin teknolojik değişimlerin beraberinde getirdiği sağlık gelişmeleri nedeniyle sürekli değişmektedir. Dönemin sağlık ihtiyaçlarına göre geliştirilen sağlık politikaları dinamik bir karaktere sahip olan sağlık alanında zamanında uygulandığında önemli katkı sunar. Öteki türlü sağlık politikaları zamanını kaçırmış ve ciddi ekonomik kayıplar oluşturan sağlık hizmetleri araçlarına dönüşürler. Örneğin; sağlığın sosyalleştirilmesi politikası, 1960'lı yıllarda toplumsal nüfusun ağırlıklı olarak kırsal bölgelerde yoğunlaştığı, sağlık evi ve sağlık ocağı merkezli örgütlenen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini beraber sunarak ciddi başarı elde edebilirken 1990'lı yıllarda nüfusun ağırlıklı kentlerde kümелendiği ve tedavi edici hizmetlere ihtiyacın yoğun olduğu bir dönemde uygulanması çözüm olmayacağı gibi sağlık sistemine yük getirir (14)(102)(106)(108).

Ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir faktördür. Doğumda beklenen yaşam süresi, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan (kronik) hastalık sıklığı, sağlık sisteminin organizasyonel yapısı, sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, tüm nüfusu kapsama oranı ve etkililiği gibi faktörler ülkelerin sağlığa verdikleri önemi ve sağlık harcamaları için ayıracakları bütçeyi etkiler. Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, hakkaniyetli, kapsamlı, kaliteli ve ülkenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde olması finansman yöntemi ve başarısı hakkında bilgiler verir. Her ülke ihtiyacına ve kaynak durumuna göre farklı bir finansman modeli uygulayabilir (105)(110).

DSÖ, toplumdaki her bireye gerekli olan sağlık hizmetinin, toplumun yapısına uygun bir şekilde (toplumun kabul ettiği tarzda), etkili, uygun maliyetli ve kaliteli bir

şekilde planlanmasını sağlık sistemi olarak tanımlamıştır. Her ülke bu etmenleri gözeterek kendine özgü sağlık sistemini geliştirmektedir (84)(101)(108).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda; "Sağlıklı yaşamak bir haktır ve devlet vatandaşların sağlıklı yaşaması için gerekli tedbirleri alır" denmektedir. Devlet vatandaşlarının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini dönemin şartlarına göre sunmakla mükelleftir. Devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin temel amaçları; ulaşılabilir, etkili, kaliteli ve hakkaniyetli sağlık hizmetleri sunmaktır (103)(106)(108).

21. yüzyıla gelindiğinde Türkiye'de çeşitli nedenlerden dolayı ortaya çıkan kümülatif etkiler sağlık sistemi üzerinde ciddi bir yük oluşturmuş ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmuştur. Teknolojik gelişmelerin yanı sıra son elli yılda tam uygulanamayan veya etkili olmayan sağlık politikaları, parçalı ve etkisiz sağlık sigortası, tedavi edici sağlık hizmetleri odaklı hizmet yaklaşım, yapısal ve sistematik sorunlar, vatandaşın beklentilerinin artması bunlara yol açmıştır. Mevcut sağlık sisteminin yetersiz ve erişilebilir olmaması, sağlık hizmetleri organizasyonunun ihtiyaca cevap vermemesi, sosyal sigortanın kapsayıcı olmaması sebebiyle sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli dağılmaması, sağlık maliyetlerinin artması gibi nedenlerle bazı sağlık sonuçları ortaya çıkmıştır. Kötü sağlık göstergeleri (zayıf toplumsal sağlık düzeyi), yetersiz iktisadi koruma ve bireysel/toplumsal memnuniyetsizlik sonuçlar başlığında sıralanabilir. Tüm bu sebeplerden dolayı sağlık sisteminin, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur(101)(103)(104)(106). SDP ile ülkemizdeki sağlık hizmetlerinde; finansman, insan gücü, hizmet sunumu, teşkilatlanma, bilgi sistemleri ve kalite başlıklarında köklü reformlar yapılmıştır (13)(105)(106)(108).

SDP, sağlık alanındaki değişim ve yenilenme çabaları kapsamında 2003 yılında hazırlanmıştır. Uygulama aşaması uzun soluklu bir süreç olmuş ve yapısal, hukuki, organizasyonel değişiklik-yenilikler gerektirdiği için kademeli olarak gerçekleşmiştir. Tüm ülkede sağlık hizmetlerinin, verimli, etkili ve hakkaniyete uygun düzenlenmesi, gerekli olan finansmanın sağlanması ve sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda sunulması SDP'nin temel amaçlarından(84)(104)(106)(108). Verimlilik kavramı, kaynakların maliyeti düşürecek şekilde etkili kullanılmasını, etkililik kavramı, uygulanan sağlık politikalarının toplumun sağlık düzeyini yükseltmesini ve hakkaniyet kavramı ise bireylerin ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını ve sağlık hizmetleri

finansmanı için iktisadi güçleri oranında katkıda bulunmalarını ifade eder (13)(108)(110). Hakkaniyet, insan odaklı sağlık hizmetleri anlayışı ile SDP' nin ana yapısını oluşturmaktadır (13)(101)(105)(106).

SDP ile “herkese sağlık” sloganıyla bazı temel hedefler ortaya konmuştur. Bunlar; Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve fonksiyonel olarak yeniden düzenlenmesi, herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık kuruluşlarının tek bir yapı altında toplanması, sağlık kurumlarının idari ve mali açıdan özerk olması, Aile Hekimliği Sistemi'ne geçilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, anne-çocuk sağlığı hizmetlerine ehemmiyet verilmesi, sağlık insan gücü eksikliklerinin giderilmesi, özel sektörün sağlık yatırımı yapmasının özendirilmesi ve sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi olarak sıralanabilir(104)(105)(106)(108).

SDP, politikası belirlenen dokuz ilke çerçevesinde gerçekleştirilmiştir (13)(105)(108). Bu ilkeler; insan merkezilik (kullanıcı odaklı), sürdürülebilirlik (finansman ve insan kaynağı olarak kendi kaynaklarını kullanma), katılımcılık (hizmet sunumunda kullanıcının görüşlerini de dikkate alma), gönüllülük, uzlaşmacılık (kurumlar arası işbirliği), güçler ayrılığı (planlama, finansman ve denetim kurumlarının ayrılması), desantralizasyon (idari ve mali açıdan özerk kurumlar), sürekli kalite gelişimi (hizmet standartlarının gelişmesi) ve hizmette rekabet (aynı standarttaki kurumlarını rekabeti)'tir (101)(103)(105)(108)(110).

SDP'nin bileşenleri;

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı - ülkede sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi için politikalar geliştiren, hizmet standartları oluşturan ve buna göre denetleyen bir yapı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan sağlık sigortası - her bireyin mali gücü oranında katkı sunduğu ve ihtiyaçları doğrultusunda faydalandığı, ödeme gücü olmayanların da sigorta kapsamına alındığı tek bir sağlık sigortası çatısı,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi - tüm sağlık sunucularının sistem dahilinde bölgesel ihtiyaçları gözeterek kaliteli hizmet sunması,
 - a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği sistemi,
 - b. Etkili, kademeli sevk zinciri,

- c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - a. Ulusal İlaç Kurumu,
 - b. Tıbbi Cihaz Kurumu,
- 8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi şeklinde sıralanabilir (13)(84)(101)(104)(108)(111).

SDP iki aşamalı olarak tasarlanıp hayata geçirilmiştir. Birinci aşama 2003-2009 yıllarını kapsayan teorik dönem olarak ifade edilir. Bu dönemde programın hukuki altyapısı ve mevzuatıyla ilgili çok sayıda düzenleme yapılmıştır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) gibi mevzuat çalışmaları bu dönemde hayata geçirilmiştir. İkinci aşama 2009-2014 yıllarını kapsayan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu çerçevesinde planlanan hedefler gerçekleştirilmiştir. SDP kapsamında süreç içerisinde- 2007 yılında üç yeni reform başlığı programa dahil edilmiştir. Bunlar; daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları, tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu, uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleridir (105)(110)(112).

SDP ile tüm sigorta sistemleri GSS adı altında birleştirilmiştir. GSS ile herkese eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Vatandaşın gelirine göre prim ödediği ve ihtiyacına göre sağlık hizmeti aldığı bir yapıya büründürülmüştür. 18 yaş altı bireyler ve Yeşil Kart sahibi olan vatandaşlar prim ödemediği GSS kapsamına alınmışlardır. Bu şekilde gelirden yoksun olan vatandaşların da tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlandığı kapsayıcı bir sağlık sigortası modeli oluşturulmuştur (101)(103)(104).

Aile Hekimliği Uygulaması SDP’ nin ana bileşenlerinden biri olup sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunda anahtar bir role sahiptir. Bu uygulamada sağlık, yaşanan çevreyle birlikte değerlendirilmesi gerçeğinden hareketle “Aile

Sağlığı” kavramı kapsamında ele alınmıştır. Bu nedenle sağlık sistemin merkezinde Aile Hekimi yer alır. Aile Hekimliği Uygulaması’ nda koruyucu, birinci basamak tedavi ve rehabilite sağlık hizmetleri entegre bir şekilde verilir(101)(106)(108).

Aile Hekimliği Uygulamasında temel sağlık hizmetleri kapsamında bireyin hasta olmasını engelleyici sağlığı koruyucu çalışma ve uygulamaların varlığı tedaviden daha öncelikli bir role sahiptir. Yaygın, erişilebilir ve etkin bir aile hekimliği uygulaması ile vatandaşların sağlık hizmetleri talepleri için ilk başvuru noktası ve etkili, kademeli bir sevk zincirinin oluşturulması ile ikinci ve üçüncü basamakta yığılmaların önlenmesi, ihtiyacı olanların sağlık taleplerinin karşılanması ve kaynakların verimli kullanılması, israf edilmemesi sağlanmış olur (13)(106). 2005 yılında Aile Hekimliği pilot uygulaması ile başlayan süreç 2010 yılında tüm ülkede yürütölmeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısı 2011 yılında 663 Sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu şeklinde ayrılmış ve taşra teşkilatı buna göre şekillenmiştir. Buna göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları Kamu Hastaneleri çatısı altında ve birinci basamak sağlık hizmetleri ise Halk Sağlığı Kurumu çatısı altında organize olup hizmet vermiştir. 2017 yılında ise 694 Sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Kurumu ile Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde Genel Müdürlük düzeyine yerleştirilmiştir. Günümüzde taşra teşkilatı da 694 sayılı KHK ile İl Sağlık Müdürlüğü altında tüm sağlık hizmetlerinin organize edildiğı bir yapıya büründürölmüştür (106)(111)(113).

2.7 Türkiye’ de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care) felsefesiyle toplumdaki bireylerin tümüne sosyal adalet anlayışı içerisinde ve hakkaniyetli bir şekilde bütöncöl ve sürekli sağlık hizmeti verilmesini ifade etmektedir(1)(10)(11). Toplumda bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini almak üzere ilk başvurdıkları, erişilebilir, yaygın ve koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde verildiğı ve gerektiğinde üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk edildiğı sağlık hizmetleridir (1)(11)(12)(13).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde amaç; bireylerin sağlığını korumak, hasta olmalarının önüne geçmek, hasta olanları tedavi ederek sağlıklarına tekrar kavuşmalarını sağlamak ve iyilik hallerini devam ettirmektir. Bunun yanında bireylerin

sağlığını geliştirerek toplumun sağlık düzeyini yükseltmek temel amaçlardandır(1)(10)(11)(12).

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda birinci basamak sağlık hizmetleri kritik bir yerde bulunmaktadır. İyi organize edilen, yeterli ve nitelikli insan gücü ile desteklen birinci basamak sağlık hizmetleri toplumdaki sağlık problemlerinin çoğunluğunun çözülmesine yardımcı olur. Bu şekilde bireylerin ve toplumun sağlık düzeyi yükselmiş olur (11)(12). Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti daha az, etkileri uzun vadede ortaya çıktığı, kapsayıcı nitelikte oldukları için birinci basamak sağlık hizmetlerinde öncelenmesi gereken hizmetlerdir (6)(11)(12)(113).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hizmet veren sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları (ASM, TSM ve bağlı birimleri, TRSM), kamu kurumlarındaki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmetleri, üniversitelerin medikososyal birimler, belediyeye ait poliklinikler, TSK’ya ait birinci basamak sağlık üniteleri, işyeri hekimlikleri, özel sağlık kuruluşları (ayaktan teşhis ve tedavi veren ve dış klinikleri) sıralanabilir (84)(106)(113)(114).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri 2010 yılına kadar sağlık ocağı ve sağlık evi sonrasında ise Aile Hekimliği Uygulaması merkezli yürütülmüştür. Aile Hekimliği Sistemi ile vatandaşlara koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında ayaktan tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmektedir. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanuna göre aile hekimi; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” olarak tanımlanmıştır (106)(112)(115).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimi kendisine kayıtlı bireylere eğitim, danışmanlık ve sağlığı geliştirici hizmetler sunar. Bu doğrultuda; hijyen, sağlıklı beslenme, fiziksel olarak aktif olma, sigara ile alkol gibi zararlı alışkanlıklardan korunma ve stres yönetimi gibi konularda eğitim verir, danışmanlık yapar, yol gösterir (12)(112)(116).

Aile Hekimi, kayıtlı nüfusta yaş, cinsiyet ve kronik hastalık gruplarına göre izlem, takip ve taramaları gerçekleştirir. Yenidoğan, bebek, çocuk, ergen, gebe, lohusa,

erişkin, kronik hastalıklar ve yaşlı sağlığı kapsamında ilgili bireylerin periyodik sağlık muayenelerini ve takiplerini gerçekleştirir. Bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele kapsamında aşılama faaliyetlerini yürütür. Anne- çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini yürütür. Engelli, yaşlı ve yatalak kişilere evde veya gezici hizmet ile koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunar. Kendisine başvuran bireylerin muayenelerini yaparak ihtiyaç halinde tetkik yapar. Muayene sonucuna göre reçete düzenler veya gerektiğinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk eder (12)(116).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kişiye yönelik sağlık hizmetleri aile hekimleri, toplum sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik sağlık hizmetleri ise Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve bağlı birimler tarafından verilmektedir. Toplum sağlığı hizmetleri; kanser taramadan bağışıklamaya, temiz su ve gıda temininden hava kirliliğiyle mücadeleye, atık kontrolünden zoonotik hastalıklara, vektörlerle mücadeleden işyeri hijyenine, obezite ile mücadeleden ruh sağlığı hizmetlerine kadar farklı sektörlerle ilişkili olup kapsamlı bir çalışma alanına sahiptir. Toplum sağlığı alanında başarı elde etmede sektörler arası işbirliği ve koordinasyon çok önemlidir (106)(117).

Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliğinde “Toplum sağlığı merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu” olarak ifade edilmiştir. TSM, topluma yönelik ve kişiye yönelik (göçmenler, mevsimlik işçiler) sağlık hizmetlerinin sunulmasında kritik öneme sahip bir yapıdır ve farklı birimleri aracılığı ile bu hizmetlerin yürütülmesini sağlar (106)(117)(118).

TSM bünyesinde çok çeşitli sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bulaşıcı hastalıklara yönelik filyasyon ve sürveyans çalışmaları yapılmaktadır. Bağışıklama hizmetleri kapsamında okul çağı (Kızamık, Tetrasim, Tetanoz) ile Hac ve Umre (Menenjit, oral polio) aşılamları yapılmaktadır. Zoonotik (Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Şarbon, Bruselloz) ve vektörel (Sıtma) hastalıklar ile insan sağlığını etkileyen çevresel

faktörlerle mücadele, içme-kullanma sularının kontrolü hizmetleri de verilmektedir(106)(117)(119)(120).

Ulusal Ağız-Diş Sağlığı Programı kapsamında ilkokul çağındaki çocukların diş taramaları ve flor vernik uygulaması, ilkokul birinci sınıflara yönelik işitme tarama programı, toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri kapsamında ilgili kişi ve öğrencilerin sağlık taraması ve aşılamalarının yapılması da TSM' nin görevleri arasında yer almaktadır (106)(117)(120).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüne ilişkin hizmetler kapsamında ruh sağlığı ve kronik hastalıklar ve risk faktörleri olan tütün, alkol, yetersiz beslenme, fiziksel inaktivite ile mücadele hizmetleri yürütülmektedir. Ayrıca evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, adli tabiplik hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri verilmektedir(106)(117).

Ülkemizde yaşayan Suriyeli sığınmacılara, göçmenlere koruyucu (bağışıklama, hijyen, aile planlaması) sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri Göçmen Sağlığı Birimleri aracılığıyla TSM' nde verilmektedir(106)(117)(118).

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki kapsamında ulusal nitelikteki tütün kontrol programı, alkol ve madde bağımlılığı ile obezite ile mücadele hizmetleri verilmektedir. Tütün kontrol programı dahilinde sigara bıraktırma polikliniği bulunmaktadır. Aile hekimleri veya ikinci, üçüncü basamak hekimleri tarafından yönlendirilen vatandaşlara diyetisyenler aracılığı ile obezite ile mücadele (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin özendirilmesi) faaliyetleri yürütülmektedir (106)(117)(121).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi politikaları kapsamında 1960'lerden sonra yapılan ve 1990'lı yıllara kadar sağlık hizmetleri sunumunda sağlık ocaklarıyla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yeri olan sağlık evleri, hala varlıklarını devam ettirmektedirler. Sağlık evleri hizmet bölgelerinde bulunan vatandaşlara aile hekimlerine bağlı olarak öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetlerini vermektedirler(106)(116)(117).

Toplum Sağlığı Merkezi'nde bulunan Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) birimi aracılığıyla anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek üzere koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Birimde eğitim, üreme sağlığı ve evlilik

öncesi danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Üreme Sağlığı kapsamında, hedef toplumdaki kadınlara eğitimler verilmektedir. Bunun yanında birime başvuran vatandaşlara, Oral Kontraseptif (OKS), Rahim İçi Araç (RİA) takma-çıkarma, aylık iğne gibi aile planlaması hizmetleri verilmektedir. Ülkemizde sık görülen kalıtsal hastalıkların (Konjenital Hipotiraidi, Fenilketonüri, Biotinidaz, Kistik Fibrozis) tespit edilmesi ve olumsuz sonuçlarının engellenmesi, erken tedavi edilmesi amacıyla yürütülen Ulusal Neonatal Tarama programının takibi de ÇEKÜS birimi tarafından yapılmaktadır(106)(117)(122).

Türkiye’de ilki 2006 yılında açılan sonrasında tüm ülkeye yayılan Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimleri aracılığıyla toplum sağlığını korumaya yönelik önemli faaliyetler yürütülmektedir. Ketem birimleri ile toplumda kanserlerin risk faktörlerine yönelik farkındalık eğitimleri ve erken teşhis için danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Kanseri açısından riskli grup ve bölgelerde tarama hizmetleri yürütülmektedir. Ulusal Kanseri Tarama programı ile ülkemizde sık görülen Meme Kanseri, Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri ve Kolorektal Kanseri taramaları toplum tabanlı olarak yapılmaktadır. “Erken teşhis hayat kurtarır!” sloganıyla yürütülen bu programlar aracılığıyla farkındalık oluşturulmuş, toplumda sık görülen kanserlerle mücadelede erken tanı ve tedavinin ne kadar önemli olduğu bir kez daha görülmüştür(117)(123)(124)(125).

Meme Kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık karşılaşılan ve ölüme en çok yol açan kanser türüdür. Ülkemizde insidansı 100.000’de 45 olup yaş ilerledikçe artmaktadır. Bu önemli sağlık problemi için yürütülen kanseri tarama programı kapsamında 40-69 yaş arasında yer alan kadınlara her iki yılda bir mamografi çekimi KETEM birimlerinde yapılmaktadır(123)(125). Mamografi sonucu BIRADS 0 ve BIRADS 4-5 çıkanlar ileri tetkik ve tedavi için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedirler (125).

Serviks kanseri kadınlarda meme ve kolorektal kanserden sonra en sık karşılaşılan kanser türüdür. Birçok ülkede tarama programları ile morbidite ve mortalitede ciddi oranda (%60-70) azalma görülmüştür. Ülkemizde yürütülen tarama programı ile 30-65 yaş arasındaki hedef nüfustan beş yılda bir HPV-DNA testi yapılmakta ve Pap-Smear alınmaktadır(123)(125). Tarama sonucu pozitif çıkan kadınlar ileri tetkik ve tedavi için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedirler (125).

Kolorektal kanserler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen kanser türlerinden biridir. Türkiye’de kadın ve erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Bu kanser türleri yavaş ilerlerler ve semptomatik duruma geldikleri zaman genelde ileri evreye ulaşmış olurlar. Bu nedenle hastaların erken evrede tespit edilmesi ve uygun tedaviyi alması önemlidir ve prognozu da ciddi anlamda etkilemektedir. Kolorektal kanserler ileri yaşlarda görülmektedirler. Kolorektal kanser taraması için 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerde iki yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi yapılmaktadır(123)(125). GGK sonucu pozitif çıkan kişiler ileri tetkik ve tedavi için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedirler (125).

Az gelişmiş ülkelerde ciddi bir sağlık problemi olan ve sonuçları itibariyle toplum sağlığı için risk oluşturan Tüberküloz (Verem) hastalığı halen Dünya’da dört kişiden bir kişide görülen önemli bir sağlık problemidir. Ülkemizde 2000’li yıllara kadar önemini koruyan Tüberküloz hastalığının 2018 yılı insidansı 100.000 de 14 olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Tb ile mücadele kapsamında Tüberküloz Kontrol Programını illerde Verem Savaş Dispanserleri (VSD) aracılığıyla yürütmektedir. Şüpheli kişilerin tanıya yönelik olarak muayene, balgam incelemesi ve röntgen çekimleri buralarda yapılmaktadır. Kesin tanı alan ve tedavi başlanan hastaların ilaç temini yapılmakta ve doğrudan gözetimli tedavi (DGT) yöntemi ile dispanser veya aile hekimleri aracılığıyla günlük tedavi takipleri yapılmaktadır. Kesin tanıli hastaların periyodik kontrolleri yapılmakta her ay tedavi başlanan veya tedavisi biten hastaların kayıt ve takibi düzenli bir şekilde yapılmaktadır. Ayrıca temaslının muayene, tanı ve takibi yapılmaktadır. Hastalıkla ilgili periyodik olarak hastalara, temaslılara ve topluma yönelik eğitimler verilmektedir(106)(117)(126). Muayene veya kontrol sonucu nüks olan, Akciğer dışı Tb tespit edilen hastalar ileri tetkik ve tedavi için ikinci/üçüncü basamak hastanelerine yönlendirilmektedirler (126).

Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM), Sağlık Bakanlığı tarafından, birey ve toplumu sağlık risklerinden korumak, sağlıklı hayat biçimini özendirmek, hizmete erişimi kolaylaştırmak ve birinci basamak sağlık hizmetlerini desteklemek amacıyla faaliyete geçirilen TSM’ne bağlı hizmet birimleridir. Aile Hekimliği sistemini desteklemek amacıyla, sağlık danışmanlığı, enjeksiyon-pansuman, röntgen, laboratuvar gibi tıbbi hizmetler ile beslenme, kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite, kadın ve üreme sağlığı,

KETEM, ruh sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, tütün ve madde bağımlılığı, enfeksiyon kontrol ve koruyucu ağız diş sağlığı danışmanlığı hizmetleri verilmektedir (127).

2.8 Bingöl' de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı devrin ihtiyaçlarına göre değişikliğe uğramıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri son on yılda yapılan bazı değişikliklerle birlikte ana hatları ile sabit kalmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatında birinci basamak sağlık hizmetleri ASM ve TSM odaklı yürütölmektedir(106)(113).

Bingöl ili toplam nüfusu 273,354 (2017, TÜİK) olan ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan küçük bir şehirdir. şehir merkezinin nüfusu 117,014, merkeze bağlı köy ve beldelerle birlikte toplam nüfus157,921'dir. Merkez nüfusunu; il merkezi ve merkeze bağlı iki belde, 88 köy ve 110 mezra oluşturmaktadır(128).

Bingöl'de temel yaşam istatistikleri 2017 yılı için şu şekildedir; doğumda beklenen yaşam süresi 78,8 yıl (Türkiye ort:78), il genelinde kırsal nüfus oranı % 57,2 (Türkiye %11,1), 65 yaş ve üzeri nüfus %6,5 (Türkiye %8,5), bebek ölüm hızı % 12,4 (Türkiye 9,1) beş yaş altı ölüm hızı % 14,5 (Türkiye 10,9) ve anne ölüm oranı 100.000'de 15 (Türkiye 14,6)'tir (109)(129).

Bingöl'de birinci basamak sağlık hizmetleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezi odaklı bir organizasyon ile sunulmaktadır. şehir merkezinde on altı Aile Sağlığı Merkezi'ndeki elli üç Aile Hekimliği Birimi ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezi tarafından bu hizmet verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, üç ilçede İlçe Sağlık Müdürlüğu ve aile sağlığı merkezleri, iki ilçede Entegre Devlet Hastanesi ve iki ilçede de toplum sağlığı merkezi ile beraber olan aile sağlığı merkezleri aracılığıyla verilmektedir (130).

Aile Hekimleri, merkez ile bağlı belde ve köylerde kendilerine kayıtlı nüfusa, Aile Sağlığı Merkezi'nde ve/veya yerinde/mobil hizmet şeklinde öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerini vermektedirler. Eğitim, danışmanlık başta olmak üzere sağlığın geliştirilmesi uygulamaları (sağlıklı beslenme, fiziksel olarak aktif olma, sigara), bağışıklama, yaşa ve cinsiyete göre izlemler-takipler, muayene ve reçete düzenleme ile gerektiğinde vatandaşı üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk etme aile hekimlerinin yaptıkları işler arasındadır (116)(130).

Bingöl Merkez TSM (Şekil 2-1), 1960 yılında yapılmış olan iki katlı hizmet binasında altı birimlik aile sağlığı merkeziyle birlikte hizmet vermektedir. Bingöl Merkez TSM, konum itibari ile şehir merkezinde ve ulaşım açısından çok rahat erişilebilen bir pozisyonda bulunmaktadır.¹ Bina yapısı L şeklinde olup giriş katın uzun koridorunda aile sağlığı merkezi hizmet vermekte, kısa koridorunda ise KETEM birimi hizmet vermektedir. Birinci katta kısa koridorda ÇEKÜS birim, uzun koridorda TSM'nin diğer birimleri yer almaktadır. Verem savaşı Dispanseri (VSD), Sıtma Savaş Birimi ile birlikte şehir merkezinde başka bir lokasyonda hizmet vermektedir(130).

Şekil 2 1:Bingöl Merkez TSM hizmet binası



Bingöl Merkez TSM, mevzuattaki görev ve sorumlulukları kapsamında kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetlerini vermektedir. Bu hizmetleri veren farklı TSM birim ve üniteleri mevcuttur(117).

¹ Çalışmamız Mart 2019'da tamamlandı. Merkez TSM binası Ağustos 2019'da geçici olarak başka bir binaya taşındı. Halen inşaatı devam eden Sağlıklı Hayat Merkezi- TSM binasına 300 mt mesafede tamamlanınca Bingöl Merkez TSM tüm birimleri ile oraya taşınacak.

Sağlık Evleri, aile hekimine bağlı olarak hizmet bölgesindeki vatandaşlara gebe eğitimi, emzirme eğitimi, aile planlaması ile kanser danışmanlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ve tansiyon ölçümü, enjeksiyon, pansuman, DGT gibi birinci basamak tedavi hizmetleri vermektedir(117)(130).

Ulusal Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı kapsamında; diş hekimleri aracılığı ile ilkokul 1. sınıflara diş taraması ile anasınıfı ve ilkokul 1., 2., 3., 4. sınıflara flor-vernük uygulaması yapılmaktadır. Bu kapsamda 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında 65 ilkokulda 2882 öğrenciye diş taraması ve flor-vernük uygulaması yapılmıştır(117)(130).

Okul Sağlığı Hizmetleri ile Ulusal Okul Aşılama Programı ile İlkokul 1. sınıflara; Tetraxim (Rapel Doz) ve Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak (KKK) (İkinci Doz) aşıları ve ortaokul 8. sınıflara; Tetanoz-Td Aşısı (Rapel Doz) yapılmaktadır. 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında 81 ilkokul 41 ortaokulda bu aşılama faaliyetleri yürütülmüştür. Bu program kapsamında 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında 2724 öğrenciye Tetraxim Aşısı, 2706 öğrenciye KKK Aşısı ve 2622 öğrenciye Td Aşısı uygulanmıştır (117)(130). Ayrıca Hac-Umre Aşılamaları kapsamında Suudi Arabistan'a gidenlere Menenjit ve Oral Polio Aşısı (OPA) uygulanmaktadır.

İşitme Tarama Programı ile ilkokul 1. sınıflara yönelik işitme taramaları yapılmaktadır. 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında 2067 öğrenci taranmış ve 94 öğrenci uzman hekime yönlendirilmiştir (117)(130).

Diyabet ve Obezite Birimi, obezite, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi diyabet risk faktörlerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermekte ve ortaokul düzeyindeki öğrencilere farkındalık eğitimleri vermektedir. Toplum ruh sağlığını korumaya yönelik olarak görevli psikolog tarafından bireysel danışmanlık ve eğitim faaliyetleri yürütülmektedir. Sigara Bıraktırma Polikliniği ile sigara bağımlılığı danışmanlığı ve tedavisi verilmektedir(117)(121)(127).

Göçmen Sağlığı Polikliniği aracılığıyla Bingöl'de ikamet eden yaklaşık 400 civarı Suriyeli göçmene temel sağlık hizmetleri (koruyucu ve tedavi edici) verilmektedir. Bingöl Merkez TSM mesai saatleri içerisinde adli tabiplik hizmeti vermektedir(117)(118)(130).

Sıtma Savaş Birimi, vektörel hastalıklarla mücadele ve sıtma sürveyans çalışmaları yürütmektedir. Zoonotik hastalıklarla alakalı riskli bulaş, korunma, eğitim faaliyetleri verilmektedir. Ayrıca özel gün etkinlikleri ve halka yönelik koruyucu sağlık hizmetleri eğitimleri tüm birimlerce verilmektedir (117)(119)(130).

Çocuk, Erken, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi, Merkez TSM binasında birinci katta altı ebe, dört VHKİ, üç hizmetli, bir şoför ve bir sürekli işçi ile hizmet vermektedir. Birimde aile planlaması danışmanlığı ve korunma yöntemleri (OKS, aylık iğne, RİA uygulama-çıkarma), eğitim (emzirme, ek gıdaya geçiş, kişisel bakım-hijyen, beslenme), konularında hizmet vermektedir. Ayrıca, gebelere demir, bebeklere Devit 3 ile demir damla desteği verilmesi ve il çapında hizmetin yürütülmesi için lojistiğini sağlarlar(122)(130).

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) Birimi, 2009 yılında Bingöl Devlet Hastanesi bünyesinde kurulmuş olup, 2014 yılında Merkez TSM binasının giriş katında binanın küçük koridorunda hizmet vermeye başlamıştır. KETEM biriminde; birim sorumlu hekimi, bir hemşire, yedi ebe, bir teknisyen, bir tekniker ve bir hizmetli çalışmaktadır. Birimde mamografi çekim ünitesi, kayıt odası, doktor muayene odası, serviks ca numune alma odası, genel kullanım amaçlı oda ve eğitim salonu olmak üzere toplam beş oda ve mamografi ünitesi mevcuttur(124)(130).

KETEM biriminde, Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında Meme Kanseri, Kolon Kanseri, Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri taramaları ücretsiz yapılmaktadır. Tarama programları bünyesinde kuruma başvuran kişilere eğitim, danışmanlık verilmekte, mamografi çekimi, Pap-smear ile HPV-DNA Testi ve GGK testi tarama faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Bunun yanında il çapında başta sağlık kuruluşları (aile sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve sağlık evleri) olmak üzere halk eğitim merkezlerinde, ilçe ve köylerdeki halk eğitim kurslarında, okullarda, camilerde ve köy evlerinde halka yönelik yerinde veya mobil eğitim, danışmanlık ve tarama faaliyetleri düzenli bir şekilde yürütülmektedir. Ayrıca il genelinde Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı birimlerde çalışan ebe, hemşire ve KETEM birimi personellerine hizmet içi eğitimler verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın dönemsel olarak (iki yılda bir 3-4 ay) gönderdiği mobil tır ile ilçe ve köylerde meme kanseri taraması için mamografi çekimi yapılmaktadır(123)(125)(130).

Meme Kanseri tarama programı kapsamında kadınlara Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) eğitimi, klinik meme muayenesi ve sağlık danışmanlığı hizmeti verilmektedir. Bingöl’de meme kanseri taraması için kullanılan tek mamografi cihazı KETEM biriminde bulunmakta olup 40-69 yaş aralığındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çekimi hizmeti verilmektedir(125)(130).

Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri ulusal tarama programı ile kadınlara üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmektedir. Bunun yanında 30-65 yaş aralığındaki tüm kadınlara beş yılda bir tarama testi yapılmaktadır. Bu amaçla kadınlardan Pap Smear alınmakta ve HPV-DNA testi yapılmaktadır. Bingöl KETEM Birimi, 2014 ve 2015 yıllarında hedef nüfusa göre serviks kanseri taraması oranı ile Türkiye’de ilk on il arasında yer almıştır(123)(125)(130).

Korolorektal Kanser taraması ile 50-70 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerde iki yılda bir Gaitada Gizli Kan (GGT) testi yapılmaktadır. Hedef nüfustaki kişilere sağlıklı beslenme, kanser ve korunma ile ilgili eğitimler verilmektedir. 2015 yılında hedef nüfusa göre kolorektal kanser tarama oranı ile bir süre Türkiye’de ilk sırada yer almıştır(123)(125)(130).

Şekil 2 2: Verem Savaş Dispanseri hizmet binası



Bingöl’de Verem Savaş Dispanseri (VSD) (Şekil 2-2), 1965 yılında yapılmış olup halen aynı binada Sıtma Savaş Birimiyle birlikte hizmet vermektedir. Merkez Toplum Sağlığı Merkezi’ne bağlı bir birim olarak hizmet veren VSD’ nde; bir sorumlu hekim, üç hemşire, bir sağlık memuru, bir röntgen teknisyeni, dört VHKİ, üç hizmetli ve bir kaloriferci çalışmaktadır. VSD biriminde, kayıt odası, muayene odası, takip odası, röntgen ünitesi, arşiv ve dinlenme odası olmak üzere altı oda bulunmaktadır(117)(130).

VSD’ de Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı faaliyetleri yürütülmektedir. Tüberküloz açısından şüpheli olan veya semptomu olan bireylerin taraması yapılmaktadır. Tb Tanı ve Tedavi rehberleri doğrultusunda semptomu olan kişilerin muayeneleri, röntgen çekimleri, balgam incelemeleri yapılmakta ve sonuçları müspet çıkanlara uygun tedavi başlanmaktadır. Hastaların takip ve kontrolleri düzenli bir şekilde yapılmaktadır(117). Tüm hastaların Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) ile tedavileri her ilaç alımında gözlenmektedir. Bu amaçla şehir merkezinde ikamet eden hastalar, Verem Savaş Dispanserine gelerek sağlık personeli gözetiminde ilaçlarını almaktadır. İlçe ve köylerdeki hastaların DGT takiplerini aile hekimleri veya sağlık evi çalışanları yapmaktadır. İl düzeyinde Tb ilaçlarının lojistiğini VSD yapmaktadır. Her hafta ilçe ve köylerdeki aile hekimlerine ve sağlık evi çalışanlarına hastaların ilaç dağıtımı yapılmaktadır(126)(130).

VSD’ nde hasta ile teması olan aile bireyleri veya diğer kişilerin taramaları yapılmaktadır. Bu amaçla hasta ile yakın teması olan kişilerin muayeneleri, Tüberkülin cilt testi yapılmakta ve gerektiğinde PA Akciğer Grafisi çekilmektedir. Tedavi yanıtı olmayan, direnç gelişen hastalar ileri merkezlere sevk edilmektedir. Tb hastalığı farkındalığı oluşturma ve korunma yöntemleri ile alakalı hizmet içi ve halka yönelik eğitimler düzenlenmektedir. Ayrıca VSD’ nde işe giriş muayeneleri kapsamında muayene, PA Akciğer Grafisi çekimi ve Tb lezyonu olmadığına dair hekim kanaatinin olduğu işe giriş raporları işlemleri yapılmaktadır(126)(130).

Şekil 2 3: Bingöl Merkez TSM ve VSD şehir yerleşimi



3 GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ile Verem Savaş Dispanseri (VSD) birimlerinde 1 Kasım 2018 ile 1 Mart 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma, pazartesi ve perşembe günleri Tüberkülin cilt testi ve yorumlanması yapıldığı ve diğer günlere göre başvuru sayısı daha fazla olduğu için VSD biriminde, aynı sayıda gün çalışmayı yapmak için salı ve çarşamba günleri de KETEM biriminde yapılmıştır. Araştırmaya Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir.

3.1 Araştırma İzni

Araştırma için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.09.2018 tarih ve 1284 sayılı etik kurul onayı ile Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'nden 12.10.2018 tarih ve 81966737-044 sayılı çalışma izni alınmıştır. Anket uygulaması 1 Kasım 2018 – 1 Mart 2019 tarihleri arasında Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı KETEM ve VSD birimlerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanan araştırmanın evrenini, Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı KETEM ve VSD birimlerine sağlık hizmeti almak üzere başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Evrenden zaman ve iş gücü kaybını önlemeyi hedefleyen basit rastlantısal örnekleme ile örneklem seçimi yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü araştırmada kullanılacak olan algılanan hizmet kalitesi ölçeği Servqual Ölçeği' nin alt ölçeğinin herhangi bir parametresinde, iki değişken arasında 0,20'lik puan farkını tahmini bir standart sapma ile anlamlı bulabilmek için Tip I Hata 0,05, Tip II Hata 0,20 ve güç 0,80 kabul edilerek minimal örneklem büyüklüğü 392 kişi olarak hesaplamıştır. Ayrıca, çeşitli nedenler ile değerlendirme dışında tutulması gereken kişiler de hesaba katılarak (%20 kayıp) örneklem büyüklüğü 470 kişi olarak belirlenmiştir. 1 Kasım 2018 – 1 Mart 2019 tarihleri arasında Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı KETEM ve VSD birimlerine başvuran 2531 (607 VSD ve 1924 KETEM) kişiden ankete katılmayı kabul

eden 472 kişiye anket uygulanmıştır. Eksik ve hatalı olan 12 anket formu değerlendirme dışı bırakılarak uygun olan 460 anket formu değerlendirilmiştir.

Anket formunda sosyo-demografik özellikleri belirleyen ve literatüre dayalı olarak hazırlanan sorular ile Sağlık Algısı, Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Form ve sağlık işletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Servqual Ölçeği soruları yer almaktadır.

Araştırmada, algılanan hizmet kalitesi bağımlı değişken, sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, ikamet yeri, sağlık güvencesi, çalışma durumu), sağlık algısı ve kişilik özellikleri faktörleri bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

3.3 Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık algısı Ölçeği, Diamond ve arkadaşları tarafından 2007’de geliştirilmiş, 2010 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek 15 sorudan ve 4 alt faktörden oluşmaktadır. Sağlık algısı ölçeğinin alt faktörleri; kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi şeklinde isimlendirilmektedirler. Ölçek ifadeleri için verilecek cevaplar 5’li Likert tipi dereceleme yapan bir niteliğe sahiptir. (24)(131)

Ölçekte olumlu ve olumsuz ifadeler bulunmaktadır. Ölçekte 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. ifadeler olumlu olup “Hiç Katılmıyorum” 1, “Katılmıyorum” 2, “Fikrim Yok” 3, “Katılıyorum” 4 ve “Kesinlikle Katılıyorum” 5 olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekteki diğer ifadeler ise olumsuz ve ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en çok 75 puan alınabilmektedir. (24)(131)

Kontrol merkezi alt faktörü 2.,3.,4.,12. ve 13. ifadeleri içerir. Bu ifadeler olumsuz olduğu için ters puanlanır. Bu alt faktördeki sorular kişinin, sağlıklı olmayı inanç ve şans gibi faktörlerle ilişkilendirme durumunu, sağlığıyla ilgili karar vermede kendisini merkezde konumlandırıp konumlandırımadığını sorgulamaktadır. Kesinlik alt faktör ise kişinin sağlığını korumak, sağlıklı olmak için neler yapması gerektiğine dair kesin bir fikri olup olmadığını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Bu alt faktörde; 6., 7., 8. ve 15. ifadeler yer almakta olup tüm ifadeler olumsuz ve ters puanlanmaktadır. Öz farkındalık alt faktör soruları bireyin uygun beslenme ve egzersiz ile sağlıklı olmanın bireyin kendi kontrolünde olacağına dair öz farkındalığını sorgulamaktadır. Bu

alt faktörde ölçeğin 5., 10. ve 14 ifadeleri yer almaktadır. Sağlığın önemi alt faktörü ise bireyin kendi sağlığına ne kadar önem verdiğini irdelemektedir. Bu alt boyutta 1.,9. ve 11. ifadeler bulunmaktadır. (24)(49)(131)

3.4 Eysenck Kişilik Anketi - Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA – GGK)

Kişilik özelliklerinin değerlendirmesi için ilk olarak Eysenck tarafından 90 soruluk olarak geliştirilen bu ölçek daha sonra 48 soruluk daha kısa hale getirilmiştir. Fakat 48 soruluk ölçeğin de uzun olması nedeniyle Francis ve arkadaşları tarafından 1992’de 24 maddelik “Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Form” (EKA-GGK) haline dönüştürülmüştür. 2007 yılında Karancı ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılarak Türkçe uyarlaması yapılmıştır.(28)(132)

Ölçeğin, dışa dönüklük, nörotizm, psikotizm ve yalan olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki sorular “evet”, “hayır” şeklinde cevaplanmaktadır. Olumlu ifade içeren sorularda hayır, 0 puan ve evet, 1 puan şeklinde bir değerlendirme yapılmaktadır. Olumsuz sorular ters puanlanmaktadır. Her alt boyutta 6 soru bulunmakta ve bir alt boyutta en fazla 6 puan alınabilmektedir(28)(73)(132).

3.5 Servqual Ölçeği

Algılanan Hizmet Kalitesi ölçümü için Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Devebakan ve arkadaşları (2001) tarafından Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılan Servqual ölçeği kullanılmaktadır. Servqual Ölçeği 44 sorudan oluşmaktadır. Beklenen ve algılanan hizmet olmak üzere 2 bölümden oluşmakta ve her bölümde 22 soru bulunmaktadır. Beklenen ve algılanan hizmet bölümlerindeki sorular aynı olup beklenen hizmet bölümünde mükemmel bir sağlık kuruluşundan istenen/düşünülen hizmet puanlanırken algılanan hizmet bölümünde ise sağlık kuruluşundan alınan/tecrübe edilen hizmetin değerlendirmesi yapılmaktadır. Sorular 5’li Likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir. Sorulara verilen cevaplar, “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “fikrim yok”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde sözel olarak ifade edilmekte ve 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır(20)(21).

Servqual ölçeğinin 5 alt boyutu vardır. Bunlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empatidir. Fiziksel özellikler alt boyutu; hizmet veren kuruluşun

fiziki durumu, kullanılan ekipmanları ve personelin görünümünü değerlendiren ilk 4 sorudan oluşmaktadır. Güvenilirlik alt boyutu; söz verilen hizmetin zamanında ve doğru bir şekilde sunulmasını değerlendiren 5-9 aralığındaki sorulardan oluşmaktadır. Heveslilik alt boyutu; personelin hizmet sunma istekliliği ile hizmetin hızlı verilmesini değerlendiren 10-13 aralığındaki sorulardan oluşmaktadır. Güven alt boyutu; çalışanların bilgili, tecrübeli ve kibar davranışları ile güven oluşturmalarını değerlendiren 14-17 aralığındaki sorulardan oluşmaktadır. Empati alt boyutu ise; çalışanların kişinin taleplerine özen göstererek, bireysel ilgilerini değerlendiren 18-22 aralığındaki sorulardan oluşmaktadır(19)(20)(21).

Algılanan hizmet kalitesi algı ile beklenti arasındaki hizmet farkının puansal olarak hesaplanması ile değerlendirilmektedir. Algılanan Hizmet Kalitesi = Algılanan Hizmet-Beklenen hizmet şeklinde formüle edilip, her soru için Servqual Skoru (puanı) hesaplanmaktadır. Daha sonra her bir alt boyutun Servqual Skoru hesaplanmaktadır. Her bir alt boyutun Servqual Skoru = Alt boyutu oluşturan her bir ifadenin algı-beklenti skoru toplanarak alt boyutu oluşturan ifade sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Fiziksel özellikler Servqual Skoru = 1., 2., 3. ve 4. ifadelerin algı-beklenti skorlarının aritmetik ortalamasından oluşmaktadır. Bu şekilde tüm alt boyutların Servqual Skoru hesaplanmaktadır. Tüm alt boyutların Servqual Skorlarının toplanıp alt boyut sayısı olan 5'e bölünmesi ile Algılanan Hizmet Kalitesi Servqual Skoru elde edilmektedir(19)(20)(21).

Servqual skoru -4 ile +4 arasında değişen bir değerdedir. Servqual skorunun negatif (-) çıkması kişinin beklentilerin karşılanmadığını, pozitif (+) çıkması kişinin beklentilerinin aşıldığını göstermektedir. Servqual skorunun sıfır (0) çıkması durumunda ise kişinin beklentilerinin asgari düzeyde karşılandığını ve bu hizmetten tatmin olduğunu göstermektedir(19)(20).

3.6 İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 ile analiz edilmiştir. Güven aralığı %95 ve Alfa değeri %5 olarak alınmış olup istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ ve iki yönlü kabul edilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılım uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Örneklemi oluşturan bireylerden elde edilen verilerden normal

dağılıma uyanlar için parametrik ve normal dağılıma uymayanlar için non-parametrik testler kullanılmıştır.

Araştırma grubuna ait tanımlayıcı veriler, yüzdeler ve ortalama $\pm$ standart sapma (SS) ya da ortalama (%95 Güven Aralığı) olarak verilmiştir. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Servqual verileri, Sağlık Algısı Ölçeği verileri ve Eysenck Kişilik Anketi-GGK Formu verileri normal dağılım göstermediği için iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Nominal (kategorik) değişkenleri karşılaştırmak için ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen verilerden Spearman Korelasyon analizleri yapılmıştır. Algılanan hizmet kalitesi düzeyi beklentiyi karşılayıp karşılamama durumuna göre iki gruba ayrılmış, hizmet kalitesini etkileyen faktörlere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, çalışma durumu, sağlık güvencesi, kişilik özellikleri ve sağlık algısı) göre algılanan hizmet kalitesini tahmin etmek için lojistik regresyon analizleri yapılmış, model uyumları değerlendirilmiş ve modele anlamlı katkı yapan değişkenler incelenmiştir.

4 BULGULAR

4.1 Sosyo-demografik Özellikler

Araştırma grubunun yaş ortalaması $48,21 \pm 11,75$ yıl'dır. Araştırmaya katılanların en küçüğü 18, en büyüğü 76 yaşındadır.

Araştırmaya grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4. 1: Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
18-30	30	6,5
31-40	104	22,6
41-50	104	22,6
51-60	146	31,7
> 60	76	16,5
Cinsiyet		
Kadın	236	51,3
Erkek	224	48,7
Medeni Durum		
Evli	390	84,8
Bekar	40	8,7
Boşanmış/dul	30	6,5
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar değil	82	17,8
Okur Yazar	73	15,9
İlkokul	84	18,3
Ortaokul	52	11,3
Lise	84	18,3
Yüksekokul ve Üstü	85	18,5
Yaşadığı Yer		
İl	387	84,1
İlçe	40	8,7
Belde	8	1,7
Köy	25	5,4
Çalışma Durumu		
Evet	214	46,5
Hayır	224	48,7
Emekli	22	4,8
Sağlık Güvencesi		
Var	410	89,1
Yok	50	10,9

Araştırma grubunda; 18-30 yaş grubunda 30 (%6,5) kişi, 31-40 yaş grubunda 104 (%22,6) kişi, 41-50 yaş grubunda 104 (%22,6) kişi, 51-60 yaş grubunda 146 (%31,7) kişi, 60 yaş üstü grubunda 76 (%16,5) kişi yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin 236 (%51,3)'sı kadın, 224 (%48,7)'ü erkektir. Araştırma grubundaki bireylerin 390 (%84,8)'ı evli, 40 (%8,7)'i bekar ve 30 (%6,5)'u boşanmış veya duldur. Araştırmaya katılanlarından 82 (%17,8) kişi okur yazar değil, 73 (%15,9) kişi okur yazar, 84 (%18,3) kişi ilkokul, 52 (%11,3) kişi orta okul, 84 (%18,3) kişi lise ve 85(%18,5) kişi yüksek okul ve üstü eğitim düzeyindedir. Katılımcılardan 387 (%84,1) kişi il merkezinde ikamet ederken 40 (%8,7) kişi ilçede, 8 (%1,7) kişi belde ve 25(%5,4) kişi köyde ikamet etmektedir. Araştırmaya katılan bireylerden 214 (%46,5) kişi halen çalışıyor iken 224 (%48,7) kişi çalışmamakta ve 22 kişi (%4,8) emeklidir. Katılımcıların 410 (%89,1)'inin sağlık güvencesi var iken 49 (%10,9)'unun herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Erkeklerde en büyük katılım 51-60 yaş grubunda (%46) iken kadınlarda 31-40 yaş grubunda (%39,4) gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin %74,6'sı 50 yaş üstü grupta iken kadınların %23,3'ü 50 yaş ve üstü grupta yer almaktadır.

Tablo 4. 2: Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grupları	Erkek		Kadın	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
18-30	11	4,9	19	8,1
31-40	11	4,9	93	39,4
41-50	35	15,6	69	29,2
51-60	103	46	43	18,2
> 60	64	28,6	12	5,1
Toplam	224	100	236	100

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler hem erkek (%83,5) hem de kadın (%87,3) cinsiyette çoğunlukla evli grubunda yer almaktadır.

Tablo 4. 3:Araştırmaya katılanların medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı

Medeni Durum	Erkek		Kadın	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Evli	187	83,5	206	87,3
Bekar	21	9,4	16	6,8
Boşanmış/Dul	16	7,1	14	6,9
Toplam	224	100	236	100

Araştırmaya katılan bireylerin eğitimi durumu ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerden 115 kişi (%51,3) ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde kadınlardan 106 kişi (%45) ortaokul ve üstü eğitim düzeyindedir.

Tablo 4. 4: Araştırmaya katılanların eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı

Eğitim Durumu	Erkek		Kadın	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Okur Yazar değil	34	15,2	48	20,3
Okur Yazar	37	16,5	36	15,3
İlkokul	38	17	46	19,5
Ortaokul	33	14,7	19	8,1
Lise	51	22,8	33	14
Yüksekokul ve üstü	31	13,8	54	22,9
Toplam	224	100	236	100

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumu, sağlık güvencesi ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 224 erkekten 141 kişi (%62,8) çalışan grubunda, 65 kişi (%28,9) çalışmayan grubunda ve 18 kişi emekli grubunda yer almaktadır. Çalışan grubundaki 141 kişi erkeğin 127 (%90,1)'sinin sağlık güvencesi vardır. Araştırmaya katılan 236 kadından 73 kişi (%30,8) çalışan grubunda, 159 kişi (%67,3) çalışmayan grubunda ve 4 kişi (%1,6) emekli grubunda yer almaktadır. Çalışmayan grubundaki 159 kadının 136 (%70,5)'sının sağlık güvencesi vardır.

Tablo 4. 5: Araştırmaya katılanların çalışma, sağlık güvencesi ve cinsiyete göre dağılımı

Çalışma Durumu	Sağlık Güvencesi	Erkek		Kadın	
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Çalışıyor	Var	127	56,6	70	29,6
	Yok	14	6,2	3	1,2
Çalışmıyor	Var	57	25,4	136	57,6
	Yok	8	3,5	23	9,7
Emekli	Var	18	8	3	1,2
	Yok	-	-	1	0,4
Toplam	Var	202	90,2	209	88,6
	Yok	22	9,8	27	11,4

Araştırmaya katılan bireylerin meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 4. 6' da gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden 160 (%34,8) kişi ev hanımı, 84 (%18,2) kişi memur, 30 (%6,5) kişi işçi, 32 (%7) kişi emekli, 24 (%5,2) kişi serbest meslek erbabı, 24 (%5,2) kişi esnaf, 57 (%12,4) kişi diğer meslek gruplarında yer almakta iken 49(10,7) kişi meslek grubunu çalışmıyor şeklinde belirtmiştir.

Tablo 4. 6: Araştırmaya katılanların meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev Hanımı	160	34,8
Memur	84	18,2
İşçi	30	6,5
Emekli	32	7
Serbest Meslek	24	5,2
Esnaf	24	5,2
Mesleği olmayan	49	10,7
Diğer	57	12,4

Araştırma sürecinde KETEM birimine başvuranların verilen hizmete göre dağılımı Tablo 4.7’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 7: KETEM birimine başvuranların yapılan işleme göre dağılımı

Tarama Tipi	Yaş Aralığı	Cinsiyet/Sayı		Sevk		Açıklama
		Kadın	Erkek	Sayı	%	
Meme Ca (Mamografi)	40-69 yaş (2 yıl)	316	-	19	6	BIRADS 0=15 BIRADS4-5=4
Serviks Ca (Pap Smear)	30-65 yaş (5 yıl)	476	-	15	3,15	
Kolorektal Ca (GGT)	50-70 yaş (2 yıl)	800	332	20	1,79	K/16 E/4
Toplam		1592	332	54	2,8	1924 kişi

Araştırma süresince kadınlardan; 316 kişi Meme Ca, 476 kişi Serviks Ca ve 800 kişi ise Kolorektal Ca taraması, erkeklerden ise; 332 kişinin Kolorektal Ca taraması yaptırmıştır. Tarama yaptıranlarda; Meme Ca için %6 (19 kişi), Serviks Ca için %3,15 (15 kişi) ve Kolorektal Ca için %1,79 (20 kişi) oranında ileri merkezlere sevk gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sürecinde VSD birimine başvuranların verilen hizmete göre dağılımı Tablo 4.8’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 8: VSD birimine başvuranların yapılan işleme göre dağılımı

Başvuru		Cinsiyet/Sayı		Hasta Sayısı	Yeni Hasta	Nüks Hasta	Tedaviden çıkan
		Kadın	Erkek				
Tb	Semptomlu ve hasta	175	297	27-32	7(1,3,2,1)*	4(2,1,0,1)*	16(5,2,6,3)*
İşe Giriş	PA Akc Grafisi	25	52				
Temaslı	Tb temaslıları	32	26				
Toplam	607	232	375				

*: Aylara göre sıralı dağılım

Araştırma süresince VSD’de; Tb hastası veya semptomu olan 472 kişiye kontrol ve muayene, işe giriş için 77 kişiye muayene ve tetkik, Tb temaslı olan 58 kişiye de tarama hizmeti verilmiştir. Araştırma süresinde; 7 kişiye Tb tanısı konmuş ve 16 hasta tedaviden çıkmıştır.

4.2 Servqual ölçeği ve alt boyut skorları

Araştırmaya katılan bireylerin Algılanan Hizmet Kalitesi- Servqual Ölçeği alt boyutları ve ölçek ifadelerinin skorları Tablo 4.9’ da gösterilmiştir. Beklenti ve algı düzeyinde en düşük puanlar ikinci (3,53 - 3,17) ifadededir. Beklenti boyutunda en yüksek puanlar dokuzuncu (3,73) ve on yedinci (3,74) ifadelerde, algı boyutunda en yüksek puan ise on yedinci (3,78) ifadededir.

Tablo 4. 9: Servqual ölçeği ifade skorları

		Beklenen Ort.	Min-Max	Algılanan Ort.	Min-Max	Fark
Fiziksel Özellikler	1	3,57	1-5	3,32	1-5	-0,25
	2	3,53	1-5	3,17	1-5	-0,36
	3	3,67	1-5	3,63	1-5	-0,04
	4	3,59	1-5	3,45	1-5	-0,15
	5	3,58	1-5	3,61	1-5	0,03
Güvenilirlik	6	3,62	1-5	3,66	1-5	0,04
	7	3,66	1-5	3,68	1-5	0,02
	8	3,64	1-5	3,7	1-5	0,06
	9	3,73	1-5	3,7	1-5	-0,03
	10	3,73	1-5	3,69	1-5	-0,04
Heveslilik	11	3,66	1-5	3,68	1-5	0,02
	12	3,63	1-5	3,65	1-5	0,02
	13	3,6	1-5	3,66	1-5	0,06
	14	3,67	1-5	3,72	1-5	0,05
Güven	15	3,73	1-5	3,73	1-5	0
	16	3,67	1-5	3,75	1-5	0,08
	17	3,74	1-5	3,78	1-5	0,04
	18	3,64	1-5	3,64	1-5	0
Empati	19	3,64	1-5	3,66	1-5	0,02
	20	3,61	1-5	3,61	1-5	0
	21	3,58	1-5	3,57	1-5	-0,01
	22	3,59	1-5	3,65	1-5	0,06

Min: Minimum, Max: Maximum

Araştırmaya grubunun Servqual Ölçeği ve alt boyut skorları Tablo 4. 10' da gösterilmiştir. Fiziksel özellikler alt boyut skoru; -0,2, güvenilirlik alt boyut skoru; 0,025, heveslilik alt boyut skoru; 0,015, güven alt boyut skoru; 0,04 ve empati alt boyut skoru; 0,015'tir. Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru -0,02'dir.

Tablo 4. 10: Servqual ölçeği ve alt boyutlarının skorları

Servqual Alt Boyutu	Skor
Fiziksel Özellikler	-0,20
Güvenilirlik	0,025
Heveslilik	0,015
Güven	0,04
Empati	0,015
Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru	-0,02

Araştırma grubunda yaş gruplarına göre Servqual Ölçeği alt boyutlarının skorları Tablo 4. 11' de verilmiştir. Yaş gruplarına göre Algılanan Hizmet kalitesi puanları karşılaştırıldığında fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 11: Yaş gruplarına göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Yaş Grubu		Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
18-30	Ortalama	-0,62	-0,23	-0,24	-0,29	-0,3
	S.Sapma	1,36	0,95	1,07	0,86	1,07
	Medyan	0	0	0	0	0
31-40	Ortalama	-0,18	0,12	0,13	0,12	0,12
	S.Sapma	0,99	0,99	0,89	0,97	0,92
	Medyan	0	0	0	0	0
41-50	Ortalama	-0,03	0,17	0,11	0,13	0,12
	S.Sapma	0,99	1	1,08	1,14	1,1
	Medyan	0	0	0	0	0
51-60	Ortalama	-0,23	-0,01	-0,03	0,02	-0,05
	S.Sapma	0,97	0,8	0,88	0,85	0,87
	Medyan	0	0	0	0	0
>60	Ortalama	-0,17	-0,03	-0,05	0,01	0,01
	S.Sapma	0,78	0,76	0,69	0,75	0,75
	Medyan	0	0	0	0	0
p		0.201	0.050	0.344	0.275	0.118

S. Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual ölçeği alt boyut skorlarının yaş ile ilişkisi Tablo 4. 12’ de gösterilmiştir. Yaş ile Servqual ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 4. 12: Yaş ile servqual alt boyut skorları ilişkisi

	n	rs	p
Fiziksel Özellikler	460	0,001	0,983
Güvenilirlik	460	-0,047	0,312
Heveslilik	460	-0,071	0,128
Güven	460	-0,009	0,844
Empati	460	-0,049	0,293

n: Kişi sayısı, rs: Spearman Korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual Ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4. 13’ te gösterilmiştir. Güven alt boyutundan kadınlar anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır.

Tablo 4. 13: Cinsiyete göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Erkek			Kadın			p
	Ortalama	S.Sapma	Medyan	Ortalama	S.Sapma	Medyan	
Fiziksel özellikler	-0,2048	0,9243	0	-0,184	1,05107	0	0.873
Güvenilirlik	-0,0251	0,82706	0	0,1007	0,97627	0	0.122
Heveslilik	-0,049	0,86315	0	0,0879	0,97634	0	0.096
Güven	-0,0013	0,90022	0	0,0972	0,98155	0	0.048
Empati	-0,0298	0,87303	0	0,0678	1,0028	0	0.097

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual Ölçeği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 4. 14’de gösterilmiştir. Medeni durum ile Servqual ölçeği güven alt boyutu arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Güven alt boyutundaki istatistiksel farkın bekar-evli alt gruplarından ($p=0.018$) kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4. 14: Medeni duruma göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Medeni Durum		Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Evli	Ortalama	-0,1804	0,0536	0,042	0,0928	0,0406
	S.Sapma	0,9929	0,9344	0,95186	0,95854	0,97061
	Medyan	0	0	0	0	0
Bekar	Ortalama	-0,1986	-0,0131	-0,1508	-0,2795	-0,0692
	S.Sapma	1,04572	0,75309	0,8021	0,86888	0,83843
	Medyan	0	0	0	0	0
Dul/ Boşanmış	Ortalama	-0,3667	-0,0751	-0,0189	-0,0784	-0,1253
	S.Sapma	0,89188	0,74283	0,67891	0,73888	0,6531
	Medyan	-0,0286	0	0	0	0
p		0.326	0.931	0.686	0.020	0.777

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual Ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 4. 15’ te gösterilmiştir. Eğitim durumu ile Servqual Ölçeği fiziksel özellikler alt boyutu arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Fiziksel özellikler alt boyundaki farkın ilkökul ve altı ile yüksekokul ve üstü ($p=0.005$) ikili karşılaştırmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 4. 15: Eğitim durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
İlkokul ve altı	Ortalama	-0,07	0,0384	0,0778	0,1035	0,0574
	S.Sapma	0,96	0,863	0,962	0,97	0,94827
	Medyan	0	0	0	0	0
Ortaokul	Ortalama	-0,2096	0,0419	-0,0734	0,0556	-0,0569
	S.Sapma	0,82	0,736	0,739	0,73647	0,77348
	Medyan	0	0	0	0	0
Lise	Ortalama	-0,1961	0,056	-0,0384	-0,0159	0,0132
	S.Sapma	1,07332	0,86822	0,78148	0,8062	0,91052
	Medyan	0	0	0	0	0
Yüksekokul ve üstü	Ortalama	-0,5171	0,0246	-0,021	-0,0429	-0,0301
	S.Sapma	1,01943	1,14818	1,04319	1,08779	1,05322
	Medyan	-0,25	0	0	0	0
p		0.010	0.535	0.669	0.216	0.537

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual Ölçeği alt boyut skorlarının ikamet durumuna göre dağılımı Tablo 4. 16’ da gösterilmiştir. İkamet yerine göre Servqual Ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutları skorları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 16: İkamet durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İkamet Yeri		Fiziksel özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
İl	Ortalama	-0,2066	0,0577	0,0384	0,0567	0,0332
	S.Sapma	1,00558	0,91989	0,91379	0,93832	0,93479
	Medyan	0	0	0	0	0
İlçe	Ortalama	-0,041	-0,0913	-0,0829	0,0848	-0,064
	S.Sapma	0,87992	0,8406	1,03049	1,05654	1,02728
	Medyan	0	0	0	0	0
Belde-Köy	Ortalama	-0,2332	-0,0159	-0,054	-0,0812	-0,0297
	S.Sapma	0,94569	0,85215	0,93278	0,87008	0,94359
	Medyan	-0,1943	0	0	0	0
p		0.266	0.286	0.459	0.455	0.633

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual Ölçeği alt boyut skorlarının çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 4. 17 ’de gösterilmiştir. Çalışma durumuna göre Algılanan Hizmet kalitesi puanları karşılaştırıldığında fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyutları skorları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 17: Çalışma durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çalışma Durumu		Fiziksel Özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Evet	Ortalama	-0,2637	0,0631	0,047	0,0582	0,0474
	S.Sapma	1,00231	0,96313	0,96226	1,00224	0,96976
	Medyan	0	0	0	0	0
Hayır	Ortalama	-0,1034	0,0213	0,0078	0,0519	0,0132
	S.Sapma	0,9977	0,87637	0,91278	0,90791	0,94107
	Medyan	0	0	0	0	0
Emekli	Ortalama	-0,4412	-0,0057	-0,0924	-0,065	-0,1718
	S.Sapma	0,69008	0,6635	0,64782	0,69564	0,63961
	Medyan	0	0	0	0	0
p		0.133	0.976	0.662	0.633	0.217

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda Servqual Ölçeği alt boyut skorlarının sağlık güvencesi durumuna göre dağılımı Tablo 4. 18’ de gösterilmiştir. Sağlık güvencesine göre Servqual Ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında empati alt boyutunda sağlık güvencesi olanlar anlamlı olarak yüksek puan almıştır.

Tablo 4. 18: Sağlık güvencesi durumuna göre servqual alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sağlık güvencesi		Fiziksel özellikler	Güvenilirlik	Heveslilik	Güven	Empati
Evet	Ortalama	-0,2076	0,0562	0,0336	0,0562	0,0471
	S.Sapma	1,02588	0,94406	0,95184	0,97985	0,97099
	Medyan	0	0	0	0	0
Hayır	Ortalama	-0,0839	-0,0982	-0,0805	-0,0074	-0,1996
	S.Sapma	0,6237	0,51012	0,65736	0,56026	0,6235
	Medyan	0	0	0	0	0
p		0.937	0.091	0.624	0.542	0.041

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

4.3 Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları

SAÖ ve alt faktörlerinin medyan ve minumum-maximum değerleri tablo 4.19’ da gösterilmiştir.

Tablo 4. 19: Sağlık algısı ve alt faktörleri puanları

Alt Faktörler	Medyan	Min-Max
Kontrol Merkezi	13	5-25
Kesinlik	8	4-20
Öz Farkındalık	11,78	3-15
Sağlığın önemi	13	3-15
Sağlık Algısı	44	26-62

S.Sapma: Standart sapma, Min-Max: Minumum - Maximum

Araştırma grubunda SAÖ ve alt faktör puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4. 20’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 20: Yaş gruplarına göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması

Yaş grup		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı
18-30	Ortalama	15,12	10,18	9,93	12,4	47,65
	S.Sapma	5,02	3,45	2,68	2,07	7,68
	Medyan	14,57	11	10	12	46,94
31-40	Ortalama	13,16	9,27	10,92	12,38	45,75
	S.Sapma	5,06	4,11	3,17	2,68	5,26
	Medyan	13	10	11	13	45
41-50	Ortalama	12,61	8,77	11,35	12,33	45,08
	S.Sapma	4,88	4,28	3,32	2,95	4,71
	Medyan	13	8,41	11,78	13	45
51-60	Ortalama	12,49	8,53	11,31	11,92	44,32
	S.Sapma	5,14	4,35	3,36	3,14	4,41
	Medyan	13	8	11,78	12	44
>60	Ortalama	10,32	7,21	12,43	12,73	42,7
	S.Sapma	4,52	3,78	3,2	2,68	4,24
	Medyan	10	4	15	14	43
p		<0.001	<0.001	0.001	0.443	<0.001

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Yaş gruplarına göre SAÖ puanları karşılaştırıldığında kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık, sağlık algısı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır.

Kontrol merkezi alt faktöründeki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p<0.001$), 31-40 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.004$), 41-50 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.044$) ve 51-60 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.050$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Kesinlik alt faktöründeki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.002$) ve 31-40 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.002$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Öz farkındalık alt faktöründeki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.001$) ve 31-40 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.010$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

SAÖ toplam puandaki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p<0.001$), 31-40 yaş ile 60 yaş üstü ($p<0.001$) ve 41-50 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.005$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunda yaş ile SAÖ ve alt faktör ilişkisi Tablo 4. 21' de gösterilmiştir. Yaş ile kontrol merkezi, kesinlik ve SAÖ arasında negatif yönlü zayıf, öz farkındalık alt faktörü ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

Tablo 4. 21: Yaşın sağlık algısı ve alt faktörleriyle ilişkisi

	n	rs	p
Kontrol Merkezi	460	-0,204	0,000
Kesinlik	460	-0,222	0,000
Öz Farkındalık	460	0,202	0,000
Sağlığın Önemi	460	0,053	0,259
Sağlık Algısı	460	-0,219	0,000

n: Kişi sayısı, rs: Spearman Korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda SAÖ ve alt faktör puanlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4. 22’ de gösterilmiştir. Cinsiyete göre sağlık algısı puanları karşılaştırıldığında kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık, sağlığın önemi ve SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 22: Cinsiyete göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması

	Erkek			Kadın			p
	Ortalama	S.Sapma	Medyan	Ortalama	S.Sapma	Medyan	
Kontrol merkezi	12,3479	5,1191	13	12,61	5,04214	13	0.571
Kesinlik	8,5384	4,42731	8	8,74	3,96963	9	0.231
Öz farkındalık	11,4097	3,3921	12	11,29	3,19723	11	0.419
Sağlığın önemi	12,1008	2,96307	12	12,46	2,77513	13	0.207
Sağlık algısı	44,3967	4,74753	44	45,12	5,32245	44,3819	0.132

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda SAÖ ve alt faktör puanlarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 4. 23’ te gösterilmiştir. Medeni duruma göre sağlık algısı puanları karşılaştırıldığında; kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık, sağlığın önemi ve sağlık algısı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Tablo 4. 23: Medeni duruma göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması

Medeni Durum		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı
Evli	Ortalama	12,3716	8,5291	11,4735	12,3379	44,712
	S.Sapma	5,1128	4,22354	3,3177	2,90904	4,88954
	Medyan	13	8	12	13	44,1748
Bekar	Ortalama	12,8152	9,7104	10,5288	12,175	45,2294
	S.Sapma	5,2601	4,16118	3,13322	2,83646	6,1572
	Medyan	13	11	10	13	44,2882
Dul/ Boşanmış	Ortalama	13,5386	8,7333	10,8333	11,8	44,9052
	S.Sapma	4,29942	3,77773	3,01814	2,41261	5,73911
	Medyan	12,5	8,5	10,5	11,5	44
p		0.497	0.160	0.081	0.251	0.995

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Araştırma grubunda SAÖ ve alt faktör puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 4. 24' te gösterilmiştir.

Tablo 4. 24: Eğitim durumuna göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı
İlkokul ve altı	Ortalama	11,49	8,2464	11,6715	12,4644	43,8723
	S.Sapma	4,774	4,33577	3,41794	2,99681	4,25581
	Medyan	12	8	12	13	43
Ortaokul	Ortalama	10,6074	7,258	12,3913	13,0999	43,3565
	S.Sapma	4,26534	3,61741	3,00995	2,23766	4,04853
	Medyan	11,5	6	14	14,5	44
Lise	Ortalama	13,5851	9,1807	10,8457	11,6582	45,2697
	S.Sapma	4,70108	4,2283	3,07366	2,94379	5,36186
	Medyan	13	9	11	12	44
Yüksekokul ve üstü	Ortalama	15,3511	10,0856	10,305	11,921	47,6627
	S.Sapma	5,3678	3,64365	2,98387	2,63799	6,15537
	Medyan	16	11	10	12	46,6342
p		<0.001	<0.001	<0.001	0.002	<0.001

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Eğitim durumuna göre sağlık algısı ve alt faktörlerin tamamında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kontrol merkezi alt faktöründeki istatistiksel fark; ortaokul ile lise ($p=0.008$), ortaokul ile yüksekokul ve üstü ($p<0.001$), ilkokul ve altı ile lise ($p=0.006$), ilkokul ve altı ile yüksekokul ve üstü ($p<0.001$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Kesinlik alt faktöründeki istatistiksel fark; ortaokul ile yüksekokul ve üstü ($p<0.001$), ilkokul ve altı ile yüksekokul ve üstü ($p<0.001$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Öz farkındalık alt faktöründeki istatistiksel fark; ortaokul ile yüksekokul ve üstü ($p=0.001$), ilkokul ve altı ile yüksekokul ve üstü ($p=0.002$), lise ile ortaokul ($p=0.028$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Sağlığın önemi alt faktöründeki istatistiksel fark; lise ile ilkokul ve altı ($p=0.045$), lise ile ortaokul ($p=0.021$) ve ortaokul ile yüksek okul ve üstü ($p=0.040$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

SAÖ puanındaki istatistiksel fark; ortaokul ile yüksekokul ve üstü ($p<0.001$), ilkokul ve altı ile yüksekokul ve üstü ($p<0.001$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunda SAÖ ve alt faktör puanlarının ikamet durumuna göre dağılımı Tablo 4. 25' te gösterilmiştir.

Tablo 4. 25: İkamet durumuna göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması

İkamet Yeri		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı
İl	Ortalama	12,4333	8,6598	11,3856	12,3095	44,7881
	S.Sapma	5,2415	4,26561	3,32197	2,91653	5,19989
	Medyan	13	8	12	13	44
İlçe	Ortalama	12,025	8,1104	11,725	12,575	44,4354
	S.Sapma	3,81285	3,72517	3,20246	2,46917	3,11072
	Medyan	13	8	12	13	44,5
Belde-Köy	Ortalama	13,6667	9,1212	10,472	11,697	44,9569
	S.Sapma	4,32772	3,93508	2,95022	2,77809	5,37344
	Medyan	13	9	10	12	43,5765
p		0.400	0.626	0.158	0.334	0.967

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

İkamet yerine göre SAÖ ve alt faktör puanları karşılaştırıldığında; kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt faktörleri ve sağlık algısı puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Araştırma grubunda SAÖ ve alt faktör puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 4. 26' da gösterilmiştir.

Tablo 4. 26: Çalışma durumuna göre sağlık algısı ve alt faktör puanlarının karşılaştırılması

Çalışma Durumu		Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı
Evet	Ortalama	13,3544	9,0646	10,9588	11,9092	45,2871
	S.Sapma	5,23651	4,22947	3,27844	2,85684	5,40414
	Medyan	13	8	11	12	45
Hayır	Ortalama	11,7894	8,2586	11,6947	12,6884	44,4311
	S.Sapma	4,77622	4,10284	3,2311	2,74893	4,74828
	Medyan	12,4672	8	12	13,5	44
Emekli	Ortalama	11,1364	8,5	11,6364	11,9091	43,1818
	S.Sapma	5,29416	4,59555	3,7231	3,71495	4,12468
	Medyan	10,5	8,5	12,5	13,5	43,5
p		0.004	0.105	0.054	0.004	0.135

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Çalışma durumuna göre SAÖ ve alt faktör puanları karşılaştırıldığında; kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kontrol merkezi alt faktöründeki istatistiksel fark; çalışan ile çalışmayan ($p=0.007$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlığın önemi alt faktöründeki istatistiksel fark; çalışan ile çalışmayan ($p=0.003$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunda SAÖ ve alt boyut puanlarının sağlık güvencesi durumuna göre dağılımı Tablo 4. 27’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 27: Sağlık güvencesi durumuna göre sağlık algısı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sağlık güvencesi		Kontrol merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı
Evet	Ortalama	12,5159	8,5754	11,4274	12,2941	44,8128
	S.Sapma	5,08477	4,22304	3,30012	2,88182	5,12023
	Medyan	13	8	12	13	44,4928
Hayır	Ortalama	12,2431	9,2167	10,7115	12,2439	44,4152
	S.Sapma	5,04801	3,95557	3,17053	2,80776	4,54998
	Medyan	12	8,9168	11	12	43,2857
p		0.538	0.270	0.093	0.796	0.483

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Sağlık güvencesine göre SAÖ puanları karşılaştırıldığında kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt faktörleri ve sağlık algısı puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

4.4 EKA – GGK anketi ve alt boyut puanları

EKA – GGK anketi alt boyut medyan ve minimum-maximum değerleri tablo 4.28’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 28: Eysenck kişilik anketi alt boyut puanları

Alt Boyutlar	Medyan	Min-Max
Dışa Dönüklük	4	0-6
Nörotizm	2	0-6
Psikotizm	2,65	1-6
Yalan	5	0-6

Min-Max: Minimum - Maximum

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına durumuna göre dağılımı Tablo 4. 29’ da gösterilmiştir.

Tablo 4. 29: Yaş gruplarına göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Yaş Grubu		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Yalan
18-30	Ortalama	4,4822	3,7375	3,2333	4,3333
	S.Sapma	1,38554	1,74871	1,19434	1,26854
	Medyan	5	4	3	4,5
31-40	Ortalama	3,6367	3,0275	2,7252	4,8055
	S.Sapma	1,44805	1,7564	0,83878	1,21522
	Medyan	4	3	3	5
41-50	Ortalama	3,532	2,5865	2,6154	4,3269
	S.Sapma	1,27333	1,9638	0,79204	1,30304
	Medyan	4	3	2	5
51-60	Ortalama	3,48	2,359	2,4909	4,3181
	S.Sapma	1,1568	1,96551	0,8063	1,29291
	Medyan	4	2	2	5
> 60	Ortalama	3,1711	1,9079	2,4868	4,36
	S.Sapma	1,12414	1,90562	0,62168	1,37249
	Medyan	3	1	2	5
p		<0.001	<0.001	0.001	0.002

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Yaş gruplarına göre EKA-GGK anketi ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; Dışa dönüklük, Nörotizm, Psikotizm ve Yalan alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır.

Dışa dönüklük alt boyutundaki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p<0.001$), 18-30 yaş ile 51-60 yaş ($p=0.002$), 18-30 yaş ile 41-50 yaş ($p=0.004$), 18-30

yaş ile 31-40 yaş ($p=0.022$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Nörotizm alt boyutundaki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 41-50 yaş ($p=0.047$), 18-30 yaş ile 51-60 yaş ($p=0.004$), 31-40 yaş grubu ile 51-60 yaş ($p=0.041$), 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p<0.001$), 31-40 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.001$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Psikotizm alt boyutundaki istatistiksel fark; 18-30 yaş ile 60 yaş üstü ($p=0.005$), 18-30 yaş ile 51-60 yaş ($p=0.001$), 18-30 yaş ile 41-50 yaş ($p=0.025$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Yalan alt boyutundaki istatistiksel fark; 31-40 yaş ile 41-50 yaş ($p=0.008$), 31-40 yaş ile 51-60 yaş ($p=0.005$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının yaş ile ilişkisi Tablo 4. 30’ da gösterilmiştir.

Tablo 4. 30: Yaşın eysenck kişilik anketi ve alt boyutları ile ilişkisi

	n	rs	p
Dışa Dönüklük	460	-0,175	0,000
Nörotizm	460	-0,211	0,000
Psikotizm	460	-0,149	0,001
Yalan	460	-0,092	0,050

n: Kişi sayısı, rs: Spearman Korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi

Yaş ile Nörotizm alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4. 31’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 31: Cinsiyete göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Erkek			Kadın			p
	Ortalama	S.Sapma	Medyan	Ortalama	S.Sapma	Medyan	
Dışa dönüklük	3,5098	1,18507	4	3,5717	1,38736	4	0.715
Nörotizm	2,2301	1,80604	2	2,9062	2,01985	3	<0.001
Psikotizm	2,5208	0,83554	2	2,7137	0,81988	3	0.004
Yalan	4,3502	1,27706	5	4,5217	1,3184	5	0.097

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Cinsiyete göre kişilik özellikleri alt boyutlarında nörotizm ve psikotizm’de kadınların anlamlı olarak yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 4. 32 ’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 32: Medeni duruma göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Medeni durum		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Yalan
Evli	Ortalama	3,5641	2,5212	2,572	4,4629
	S.Sapma	1,22444	1,95488	0,7871	1,27571
	Medyan	4	2	2	5
Bekar	Ortalama	3,6021	3,1281	3,025	4,4671
	S.Sapma	1,6173	1,79274	1,09749	1,22339
	Medyan	4	3	3	5
Dul/ Boşanmış	Ortalama	3,1667	2,5667	2,7	4,0786
	S.Sapma	1,62063	1,97717	0,87691	1,66032
	Medyan	3	2,5	3	5
p		0.409	0.148	0.007	0.418

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Medeni duruma göre kişilik özellikleri alt boyutlarından psikotizm alt boyutundaki fark; evli ile bekar (p=0.006) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 4. 33’ te gösterilmiştir.

Tablo 4. 33: Eğitim durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Eğitim Durumu		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Yalan
İlkokul ve altı	Ortalama	3,3431	2,3359	2,6109	4,3674
	S.Sapma	1,19147	2,01074	0,71247	1,2867
	Medyan	4	2	3	5
Ortaokul	Ortalama	3,8518	2,8266	2,5311	4,5086
	S.Sapma	0,98653	1,97737	0,87126	1,16104
	Medyan	4	3	2	5
Lise	Ortalama	3,5201	2,7738	2,6464	4,2419
	S.Sapma	1,4515	1,87148	1,04562	1,4373
	Medyan	4	3	2	5
Yüksekokul ve üstü	Ortalama	3,9308	2,9074	2,6727	4,7882
	S.Sapma	1,44846	1,74793	0,8926	1,22566
	Medyan	4	3	3	5
p		0.001	0.025	0.663	0.009

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Eğitim durumuna göre dışa dönüklük, nörotizm ve yalan alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Dışa dönüklük alt boyutundaki istatistiksel fark; ilkokul altı ile yüksekokul ve üstü ($p=0.001$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmasından kaynaklanmaktadır.

Nörotizm alt boyutundaki istatistiksel fark; ilkokul ve altı ile yüksekokul ve üstü ($p=0.001$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmasından kaynaklanmaktadır.

Yalan alt boyutundaki istatistiksel fark; lise ile yüksekokul ve üstü ($p=0.017$), ilkokul ve altı ile yüksek okul ve üstü ($p=0.010$) grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının ikamet durumuna göre dağılımı Tablo 4. 34’ te gösterilmiştir.

Tablo 4. 34: İkamet durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İkamet yeri		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Yalan
İl	Ortalama	3,584	2,664	2,6161	4,4614
	S.Sapma	1,28428	1,95978	0,83212	1,31991
	Medyan	4	3	2	5
İlçe	Ortalama	3,15	1,925	2,575	4,2
	S.Sapma	1,18862	1,63907	0,81296	1,15913
	Medyan	3,5	1,5	2	5
Belde-Köy	Ortalama	3,5177	2,3457	2,7173	4,4545
	S.Sapma	1,45066	2,01296	0,87448	1,22706
	Medyan	4	2	3	5
p		0.199	0.065	0.532	0.131

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

İkamet duruma göre EKA – GGK anketi alt boyut puanları karşılaştırıldığında; dışa dönüklük, nörotizm, psikotizm ve yalan ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 4. 35’ te gösterilmiştir.

Tablo 4. 35: Çalışma durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çalışma Durumu		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Yalan
Evet	Ortalama	3,5882	2,6066	2,6301	4,5222
	S.Sapma	1,37139	1,90359	0,86634	1,23657
	Medyan	4	2	2	5
Hayır	Ortalama	3,5189	2,5294	2,5993	4,3786
	S.Sapma	1,24003	1,9971	0,77321	1,32701
	Medyan	4	2	3	5
Emekli	Ortalama	3,3182	2,7727	2,7273	4,2273
	S.Sapma	0,99457	1,90067	1,07711	1,60154
	Medyan	4	3	2	5
p		0.452	0.742	0.993	0.486

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Çalışma durumuna göre EKA – GGK anketi ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır.

Araştırma grubunda EKA – GGK anketi ve alt boyut puanlarının sağlık güvencesi durumuna göre dağılımı Tablo 4. 36’ da gösterilmiştir.

Tablo 4. 36: Sağlık güvencesi durumuna göre kişilik özellikleri alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sağlık güvencesi		Dışa dönüklük	Nörotizm	Psikotizm	Yalan
Evet	Ortalama	3,5098	2,4268	2,571	4,5046
	S.Sapma	1,30053	1,94074	0,79724	1,27835
	Medyan	4	2	2	5
Hayır	Ortalama	3,8017	3,8081	3,02	3,8937
	S.Sapma	1,19844	1,51953	0,9998	1,35928
	Medyan	4	4	3	4
p		0.132	<0.001	0.001	<0.001

S.Sapma: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi

Sağlık güvencesi durumuna göre EKA – GGK anketi ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sağlık güvencesi olanların yalan alt boyutunda, sağlık güvencesi olmayanların ise nörotizm ve psikotizm alt boyutlarında anlamlı olarak yüksek puan aldıkları görülmüştür.

4.5 Regresyon analizleri

Bağımsız değişkenlere (EKA - GGK, SAÖ ve sosyo-demografik özellikler) göre Algılanan Hizmet Kalitesi lojistik regresyon analiz sonucu Tablo 4.37’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. 37: Bağımsız değişkenlere göre algılanan hizmet kalitesi lojistik regresyon analiz sonucu

	B	p	O.R.	95 % GA	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Kontrol Merkezi	0,112	0,000	1,118	1,052	1,188
Kesinlik	-0,035	0,461	0,966	0,881	1,059
Öz Farkındalık	-0,105	0,069	0,900	0,804	1,008
Sağlığın Önemi	0,152	0,008	1,164	1,041	1,302
Dışa Dönüklük	0,109	0,189	1,115	0,948	1,312
Nörotizm	0,071	0,272	1,074	0,946	1,218
Psikotizm	0,260	0,052	1,297	0,997	1,686
Yalan	-0,006	0,952	0,994	0,827	1,195
Yaş	0,013	0,277	1,014	0,989	1,038
Erkek (Ref)	0,328	0,231	1,388	0,811	2,376
Evli (Ref)		0,620			
Bekar	0,070	0,863	1,072	0,486	2,368
Boşanmış/Dul	0,398	0,334	1,489	0,664	3,338
İlkokul ve Altı (Ref)		0,163			
Ortaokul	-0,250	0,497	0,779	0,378	1,604
Lise	0,541	0,071	1,718	0,954	3,094
Yüksekokul ve Üstü	0,411	0,239	1,508	0,761	2,990
İl (Ref)		0,216			
İlçe	0,625	0,090	1,868	0,908	3,844
Belde-Köy	0,262	0,527	1,300	0,577	2,927
Çalışıyor (Ref)		0,898			
Çalışmıyor	0,032	0,903	1,033	0,618	1,725
Emekli	0,240	0,643	1,272	0,460	3,519
Sağlık Güvencesi Olan (Ref)	0,242	0,489	1,273	0,643	2,523
Constant	-3,556	0,022	0,029		

B: Regresyon katsayısı, p: Anlamlılık düzeyi, OR: Odds Ratio, Hosmer-Lemeshow testi p değeri: 0,980, Nagelkerke R²: 0,162

Bağımsız değişkenler olan EKA – GGK, SAÖ ve sosyo-demografik özelliklere göre algılanan hizmet kalitesini tahmin etmek için kurulan lojistik regresyon analizinde model uyumunun iyi olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden SAÖ alt faktörlerinden kontrol merkezi ve sağlığın önemi alt faktörlerinin modele anlamlı katkı yaptığı bulunmuştur. Kontrol merkezi puanları arttıkça alınan hizmet kalitesinin beklentiyi karşılamama ihtimali 1,11 kat, sağlığın önemi puanları arttıkça algılanan hizmet kalitesinin beklentiyi karşılamama ihtimali 1,16 kat artmaktadır.

5 TARTIŞMA

5.1 Sosyo-demografik özellikler

Bu araştırmada, Bingöl’de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler incelenmiştir. Bireyin sağlık algısı, kişilik özellikleri ve sosyo-demografik özellikleri ile hizmetten algıladığı kalite arasındaki ilişki düzeyi ortaya konmuştur. Araştırma Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerinde 01.11.2018 – 01.03.2019 tarihleri arasında katılımcılarla uygulanan anketlerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada hedeflenen örneklem sayısının (472 kişi) tamamına ulaşılmış, fakat formları eksik ve hatalı olan %2,2 (12 kişi)’lik oran dikkate alınmamıştır. Değerlendirme 460 kişi (%97,8) üzerinden yapılmıştır.

Araştırma sürecinde, 1924 kişi KETEM, 607 kişi ise VSD birimine başvurmuştur. KETEM birimine başvuran kadınlardan; 316 kişi Meme Ca, 476 kişi Serviks Ca ve 800 kişi ise Kolorektal Ca taraması, erkeklerden ise, 332 kişi Kolorektal Ca taraması yapmıştır. Tarama yaptıran bireylerde; Meme Ca için 19 kişinin (%6) mamografi sonucu BIRADS 0, 4 veya 5, Serviks Ca için 15 kişinin (%3,15) Pap-Smear ve HPV-DNA sonucu pozitif ve Kolorektal Ca için 20 kişinin (%1,79) GGK sonucu pozitif tespit edildiği için ileri merkezlere yönlendirilmişlerdir. Araştırma grubunda toplamda %2,8 oranında şüpheli veya pozitif sonuç bulunmuştur. Başka bir ifade ile her 100 kişiden yaklaşık 3 kişide tarama sonucunda kanser bulgusu veya şüphesi tespit edilmiştir. Bu oran meme kanseri taramasında daha yüksek (%6) görülmüştür. KETEM birimlerinin yaygınlaşması ve faaliyetlerinin artmasıyla kanser farkındalığı ve tedavi arayışları artmış fakat birinci basamaktaki KETEM birimlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile entegrasyonunun olmayışı ileri merkeze sevk edilen kişilerin sağlık durumunun takibini zorlaştırmaktadır.

Araştırma süresince VSD’de; Tb hastası ve Tb semptomu olan 472 kişi muayene edilip tetkikleri yapılmış, işe giriş muayenesi için 77 kişinin muayene ve PA Akciğer Grafisi çekilmiş ve Tb temaslı olan 58 kişinin muayene ve tetkikleri yapılmıştır. Araştırma sürecinde (4 ay) toplamda 7 kişiye yeni teşhis konulmuş, 4 nüks hastasına yeniden tedavi başlanmış ve 16 kişi tedaviden çıkmıştır. Hasta sayısı aylık değişimle birlikte araştırma döneminde 27 – 32 arasında tespit edilmiştir. VSD’de temaslıların muayene ve tetkiklerinin yapılması hastalığın toplumda kontrolü noktasında çok kritik

bir noktada bulunmaktadır. Bununla beraber Tb hastalarının DGT ile tedavi takiplerinin tanı ve tedavi rehberlerine uygun bir şekilde yapılması hem hastalığın yayılmasını hem de dirençli Tb oluşumunu ciddi oranda engellemektedir. VSD birimlerinin insan gücü niceliğinin ve niteliğinin artırılması, araç-gereç, ekipman gibi fiziksel olanakların sağlanması topluma yönelik eğitim ve farkındalık faaliyetlerinin artırılmasına, toplumun Tb farkındalığının yükseltilmesine olanak sağlar. Bununla beraber toplumda Tb insidansının düşmesine, toplumun ve bireylerin iyilik hallerinin devam etmesine katkı sunar.

Kanser, Dünyada ve ülkemizde en sık ikinci ölüm nedenidir. Yaklaşık her altı ölümden biri kanser nedenlidir(133)(134). Kanser nedenli ölümlerin önemli bir kısmı beslenme ve davranışsal faktörlerden kaynaklanmaktadır. Tütün ve alkol kullanımı, obezite, sebze ile meyve tüketiminin az olması ve günlük fiziksel aktivitenin yetersiz olması gibi önlenabilir, değiştirilebilir faktörler bunların en önemli olanlarıdır (133). Özellikle düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde kanser önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Yaş ve zamanla birlikte kanser insidansı artmaktadır. Bununla beraber günümüzde kanserlerin %40-50'si önlenabilir nedenlerden kaynaklanmaktadır (133)(134). Bu noktada, risk faktörlerinden kaçınma, erken tanı ve tedavi seçenekleri için etkili, yaygın kanser kontrol ve tarama programları önemli bir yerde durmaktadır. KETEM biriminde çalışan, kanser konusunda bilgili ve nitelikli personel sayısının artırılması verilen hizmetin kaliteli ve etkili olmasına katkı sağlar. Bunun yanında KETEM birimin fiziki hizmet alanının ve kullanılan eğitim materyalleri (afiş, broşür, kitapçık, eğitim salonu, manken), araç-gereç ve ekipmanların yeterli ve uygun olması hizmetin tercih edilirliliği ve çalışanların motivasyonu için önemlidir. Ayrıca Ulusal Kanser Tarama Programının yaygın ve kapsayıcı olması için KETEM birimi çalışanlarının hizmet bölgelerindeki sağlık çalışanlarına ve vatandaşlara periyodik eğitimler vermeleri kritik öneme sahiptir.

Araştırma grubunun yaş ortalaması, $48,21 \pm 11,75$ yıl olup il (29,74) ve Türkiye ortalaması (33,44)'ndan yüksektir (129). Araştırmaya katılanlardan, 30 kişi (%6,5) 18-30 yaş grubunda, 104 kişi (%22,6) 31-40 yaş grubunda, 104 kişi (%22,6) 41-50 yaş grubunda, 146 kişi (%31,7) 51-60 yaş grubunda, 76 kişi (%16,5) 60 yaş üstü grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı (%48,2) 50 yaş üstü grubunda yer almaktadır. Kadınların, %76,7'si 50 yaş altı grubunda yer alırken erkeklerin,

%74,6'sı 50 yaş üstü grubunda yer almaktadır. Katılımcıların ağırlıklı kanser tarama programlarına başvuranlardan oluşması, kanser tarama programlarının 30 yaş ve üstü bireylere yönelik olması araştırma grubunun yaş ortalamasının yüksek olmasına yol açmıştır.

Katılımcıların, 236 (%51,3)'sı kadın ve 224 (%48,7)'ü erkektir. Araştırma grubunda kadın ve erkek oranları birbirine yakın bulunmuştur. Fakat KETEM biriminde yürütülen kanser tarama programının biri (kolorektal ca) erkeklere, üçü ise (meme ca, serviks ca ve kolorektal ca) kadınlara yöneliktir. Araştırma süresince KETEM ve VSD birimlerine başvuran 2531 kişiden 1824'ü (%72) kadın, 707'si (%28) erkek cinsiyettedir. Araştırma sürecinde Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerine hizmet almak üzere başvuran 1824 kadından 236'sı (%12,9), 707 erkekten 224'ü (%31,6) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Kadınlar hizmet almak üzere sağlık kuruluşlarına daha çok başvurmalarına rağmen çalışmaya katılmayı kabul etme oranları daha düşük tespit edilmiştir. Araştırma grubumuzdaki kadınların ağırlıklı ev hanımlarından oluşması, toplumsal cinsiyet rollerinin yerleşik olması, sosyokültürel faktörler ve eğitim düzeylerinin daha düşük olması gibi etmenler kadınların pasif, çekingen tavır sergilemelerine ve araştırmaya katılım düzeylerinin düşük olmasına neden olmuştur.

Araştırmaya katılanların, %84,8'i (390 kişi) evli, %8,7'si (40 kişi) bekar ve %6,5'i (30 kişi) boşanmış veya duldur. Kadınlarda evli olanların oranı (%87,3) erkeklerin oranından (%83,5) daha yüksektir. Yaş ortalaması görece yüksek olan araştırma grubunun ağırlıklı olarak evlilerden oluşması beklenen bir durumdur.

Araştırmaya katılanlarından 82 kişi (%17,8) hiç okuma yazma bilmediğini, 73 kişi (%15,9) okur yazar olduğunu ve 84 kişi (%18,3) ilkokul, 52 kişi (%11,3) orta okul, 84 kişi (%18,3) lise, 85 kişi (%18,5) yüksek okul ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğunu beyan etmiştir. Araştırma grubunun %52'si (239 kişi) ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olup erkeklerin %49,7'si (109 kişi), kadınların %55'i (130 kişi) bu grupta yer almaktadır. Kadınlarda düşük eğitim düzeyine sahip kişi sayısı daha fazladır. Bingöl'de nüfusun yarısından fazlası (%57,2) kırsal bölgelerde yaşamakta olup araştırmamıza katılan kişilerin %84,1'i şehir merkezinde yaşadığını beyan etmiştir. Araştırma grubunun büyük çoğunluğu il merkezinde ikamet etmesine rağmen eğitim düzeyinin çok düşük olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi meslek seçimi ve meslek

sahibi olmayı etkileyen önemli bir faktördür. Eğitim düzeyi düşük ve düzenli gelir getirici bir mesleği olmayan kişilerin sayısının fazla olduğu araştırma grubumuzda şehir merkezinde ikamet etmenin eğitim düzeyini arttırmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin %84,1'i (387 kişi) il merkezinde, %8,4'ü (40 kişi) ilçede, %1,7'i (8 kişi) beldede ve %5,4'ü (25 kişi) köyde ikamet etmektedir. Kanser taraması için kırsal bölgelerden de taşıma ile çok sayıda vatandaş kuruma başvurmasına rağmen şehir merkezinde oturanlar daha çok çalışmaya katılmışlardır. Çalışmaya katılmak istemeyenler, çoğunlukla ilçe ve köylerde ikamet eden vatandaşlardan oluşmaktadır. İl merkezi dışında ikamet edip KETEM veya VSD birimlerine başvuran kişiler; okuma yazma bilmeme, vakit azlığı, anketin uzun olması, faydalı olduğunu düşünmeme ve baskı altında hissetme gibi gerekçelerle çalışmaya katılmak istemediklerini ifade etmişlerdir. KETEM veya VSD birimlerine ilçe, belde veya köylerden gelen kişiler şehir merkezine sürekli gelme fırsatı bulamamaktadırlar. O nedenle şehir merkezine geldikleri vakit aynı gün içerisinde başka yerlere gitmek, başka işlerini halletmek istemektedirler ve geldikleri sağlık kuruluşunda mümkün olduğunca az vakit geçirmek istemektedirler. Bu durum araştırmaya katılma isteklerini ve durumunu da önemli ölçüde etkilemiştir.

Araştırmaya grubunun, %46,5'sı (214 kişi) herhangi bir işte çalışmakta iken, %48,7'si (224 kişi) çalışmamakta ve %4,8'i (22 kişi) emeklidir. Katılımcıların %89,1'inin (411 kişi) sağlık güvencesi var iken %10,9'unun (49 kişi) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Erkeklerin %62,8'i çalışmakta iken kadınların %30,8'i çalışmaktadır. Erkeklerin %28,9'u çalışmamakta iken kadınların %67,3'ü çalışmamaktadır. Erkekler kadınlara oranla bariz bir şekilde çalışma hayatına katılmaktadırlar. Erkeklerin %90,2'sinin sağlık güvencesi varken kadınların %88,6'sının sağlık güvencesi vardır. Kadınların büyük çoğunluğunun çalışmamasına rağmen sağlık güvencesinin olması muhtemelen eşlerinin veya ebeveynlerinin sağlık güvencesi varlığına bağlıdır. Araştırma grubunda çalışma oranı düşüktür.

Araştırmaya katılan bireylerin üçte birinden fazlası-%34,8'i (160 kişi) ev hanımı, %8,9'u (41 kişi) memur, %6,5'i (30 kişi) işçi, %7'si (32 kişi) emekli, %5,2'si (24 kişi) esnaf, %5,2'si (24 kişi) serbest meslek erbabı, %10,7'si (49 kişi) mesleği olmayan grupta ve %21,7'si (100 kişi) diğer meslek gruplarında yer almaktadırlar. Araştırma grubunda herhangi bir meslek grubunda olanların oranı daha azdır.

5.2 Sağlık algısı

Araştırma grubunda, SAÖ ortanca değeri 44 bulunmuştur. Kontrol merkezi alt faktör ortanca değeri; 13, kesinlik alt faktör ortanca değeri; 8, öz farkındalık alt faktör ortanca değeri; 11,78 ve sağlığın önemi alt faktör ortanca değeri; 13 olarak bulunmuştur.

Yaş ile kontrol merkezi ($r:-0,204$), kesinlik ($r:-0,222$) ve Sağlık Algısı ($r:-0,219$) arasında negatif yönlü zayıf, öz farkındalık alt faktörü ($r:0,202$) ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Yaş ilerledikçe bireylerin sağlıklarını algılama düzeyleri azalmaktadır. Yaş ilerledikçe kişinin, sağlığın kontrolü noktasında kendisini merkezde görme durumu, sağlığını korumak için ne yapması gerektiğine dair kesin bir fikrinin olması ihtimali azalmaktadır. Bunun yanında bireyin, sağlıklı beslenme ve egzersiz ile sağlığın kontrolünün kendi elinde olduğuna dair öz farkındalığı yaş ilerledikçe artmaktadır.

Yaş gruplarına göre SAÖ ve alt faktörleri incelendiğinde; sağlık algısı ($p < 0,001$) ile kontrol merkezi ($p < 0,001$), kesinlik ($p < 0,001$), ve öz farkındalık ($p: 0,001$) alt faktörleri arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır. Araştırma grubunda 60 yaş üstü bireyler, diğer tüm yaş gruplarına göre sağlığın kontrolü noktasında kendilerini daha az merkezde görmektedirler. Yaş ilerledikçe bireyin sağlığı konusunda kendisini merkezde konumlandırma algısı azalmaktadır. Araştırma grubunda 60 yaş üstü bireylerin, 18-30 ve 31-40 yaş gruplarına göre sağlığını korumak için kesin bir fikre sahip olma olasılığı anlamlı olarak düşüktür. Araştırma grubunda 60 yaş üstü bireylerin, 18-30 ve 31-40 yaş gruplarına göre sağlıklı beslenme ve fiziksel egzersiz ile sağlığını koruma düşüncesine sahip olma olasılığı anlamlı olarak düşüktür. 18-30, 31-40 ve 41-50 yaş grupları, 60 yaş üstü gruba göre sağlıklarını daha iyi algılamaktadırlar.

Cinsiyete, medeni duruma, ikamet yerine ve sağlık güvencesi durumuna göre SAÖ ve alt faktör puanlarında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Eğitim durumuna göre SAÖ puanı ($p < 0,001$) ile kontrol merkezi ($p < 0,001$), kesinlik ($p < 0,001$), öz farkındalık ($p < 0,001$) ve sağlığın önemi ($p: 0,002$) alt faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma grubunda, lise ile yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olan kişiler ortaokul ile ilkokul ve altı eğitim düzeyindekilere göre sağlıklarının kontrolü noktasında kendilerini daha fazla merkezde görmektedirler. Yüksekokul ve üstü eğitim düzeyindekiler, ortaokul ve altı eğitim düzeyindekilere göre sağlığın korunması noktasında daha kesin bir fikre sahiptirler.

Yüksekokul ve üstü eğitim düzeyindekiler, ortaokul ve altı eğitim düzeyindekilere göre uygun beslenme ve egzersiz ile sağlığı korunması öz farkındalığına daha az sahiptirler. Ortaokul ile ilkokul ve altı eğitim düzeyindekiler, lise ile yüksekokul ve üstü eğitim düzeyindekilere göre sağlıklarına daha çok önem vermektedirler. Yüksekokul ve üstü eğitim düzeyindekilerin sağlık algısı düzeyi, ortaokul ve altı eğitim düzeyindekilere göre daha yüksektir.

Çalışma durumuna göre SAÖ ve alt faktörleri incelendiğinde; kontrol merkezi ($p:0,004$) ile sağlığın önemi ($p:0,004$) alt faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma grubunda herhangi bir işte çalışanlar çalışmayanlara göre sağlığın kontrolü noktasında kendilerini daha fazla merkezde görmektedirler. Araştırma grubunda fiilen çalışmayanlar, çalışanlara göre sağlıklarına daha fazla önem vermektedirler.

Literatür taramasında SAÖ ve alt faktör puanları araştırmamıza göre düşük ve yüksek çıkan araştırmalara rastlanmaktadır. Ayrıca sosyo-demografik özellikler, sağlık algısını farklı şekil ve düzeylerde etkilemektedir. Çaka ve arkadaşlarının (2017) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada; SAÖ puanı, $49,61 \pm 6,28$ bulunmuştur. Aynı çalışmada; cinsiyetin sağlık algısı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (135). Çilingir ve Aydın, 2017 yılında hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı üzerinde yaptıkları çalışmada SAÖ puanını, $37,9 \pm 6,6$ tespit etmişler ve üst sınıfta okuyanlar ile kronik hastalığı olanların sağlık algısı puanının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (136). Efteli ve Khorshd'nin (2016) mühendislik ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise SAÖ puanı; $43,85 \pm 6,52$ bulunmuş, evli, çalışan, gelir düzeyi iyi olan bireylerin sağlık algısının da yüksek olduğu belirtilmiştir (137). Bu çalışmadaki sağlık algısı puanı araştırma grubumuzun puanından daha düşüktür. Hemşire grubunun sağlık algısı puanının yüksek olması, sağlık mensuplarının sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik duygu, düşünce, inanç, tutum ve davranışlara daha fazla sahip olduklarını göstermektedir. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık arama davranışları, sağlıklı beslenme, sağlık ortamda yaşama gibi sağlığı koruyucu faktörlerin gerçekleşme ihtimali, iş ve sosyal çevre tatmini ile psikolojik ve sosyal destek olanakları artar ve bireyin sağlık beklentisi ve sağlık düşüncesi de gelişmiş olur (24)(25).

Yaşla birlikte fizyolojik ve psikolojik değişiklikler artmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sorunları ve komplikasyonları da artış göstermekte ve sağlık algısı bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. İleri yaşta kronik hastalık sıklığı sağlık algısını olumsuz etkilemektedir (22). Yaşla beraber cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi gibi faktörler de sağlık algısını ciddi manada etkilemektedir. Özcebe ve arkadaşları (2003), yaptıkları çalışmada kadın ve eğitim düzeyi düşük olanlarda sağlık algısı düzeyinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (138). Çapık'ın (2006) kadınlarda yoksulluk ve sağlık algısı ilişkisini incelediği başka bir çalışmada; yaş, gelir durumu, sağlık güvencesi ve kronik hastalık varlığının sağlık algısını etkilediği ve yoksul kadınlarda yoksul olmayanlara göre sağlık algısı düzeyinin düşük olduğu gösterilmiştir (46). Gür, koroner arter hastalığı olanlarda sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi isimli çalışmasında; erkek, bekar, eğitim düzeyi yüksek, sağlıklı beslenen ve egzersiz yapan bireylerin sağlık algısı puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (139). Henchoz ve arkadaşlarının (2007) yaşlılar üzerinde yaptıkları çalışmada; kadınların ve eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık algılarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (140). Yaşlılar ile yapılan başka bir çalışmada; Schneider ve arkadaşları (2004), depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluklarının olumsuz sağlık algısına neden olduğunu belirtmektedirler (141).

Sağlık algısı, dengeli beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanmama, düzenli uyku, stres ile baş etme gibi sağlıklı yaşam davranışları ile yakından ilişkilidir. Bunun yanında obezite, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma, tütün ve alkol kullanımı gibi risk faktörleri, sağlık algısını önemli ölçüde etkilemektedir. Bireyin, risk faktörlerinin etkisiyle sağlığına dair beklenti ve düşüncelerinin kötüleşmesi, bedensel ve psikolojik sağlık durumunun bozulmasına sebep olmaktadır. İnal ve Tunçer (2019) ile Okuyan ve Çağlar (2019), üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda; sağlık algısı ile olumlu sağlık davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (142)(143). Erenoğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında; sağlık algısı düzeyi yüksek olan öğrencilerin olumlu sağlık durumlarını yaşamlarının sonraki dönemlerinde de koruma eğiliminde oldukları ve sağlığı geliştirici davranışlar edindikleri gösterilmiştir (144). Yıldız (2016), obez ve obez olmayan kişilerde sağlık algısı kıyaslaması yaptığı çalışmasında; obez olanlarda kronik hastalık ve ilaç kullanım sıklığı risk faktörlerinin fazla olduğunu ve sağlık algısı düzeyinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir (45). Çalışır ve arkadaşları, adölesanlarda sağlık algısı, obezite riski ve diyet

alışkanlığı adlı çalışmasında; sağlık algısı düzeyi yüksek olan gençlerin çevresel faktörlerden daha az etkilendiklerini, yiyecek seçiminde kısıtlayıcı davranış sergileyebildiklerini göstermişlerdir (145). Filiz (2015), gebelik ve sağlık algısı ilişkisi adlı çalışmasında; gebelik döneminde kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmalarına rağmen gebe ile gebe olmayanların sağlık algı düzeyleri arasında fark olmadığını belirtmektedir. Sağlık okur yazarlığı düzeyi yüksek olan gebelerin sağlık algısı düzeylerinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir (146). Manderbacka ve arkadaşları (1998), beden kitle indeksinin yüksek olması, fiziksel inaktivite ve alkol kullanımı gibi etkenlerin düşük sağlık algısı için risk faktörü olduğunu çalışmalarında belirtmektedirler (147).

Sağlık algısının olumlu ve yüksek düzeyde olması sağlığın korunması, geliştirilmesi için önemli bir avantaj sağlamaktadır. Bunun yanında kötü sağlık algısı, yaşam süresi, morbidite ve mortalite ile yakından ilişkilidir. Kötü sağlık algısına sahip olan bireylerin, hastalıklardan korunma ve iyilik halini sürdürme düşünce ve inancının zayıf olması ve sağlığını koruyucu tutum ve davranışları sergileme düzeyinin düşük olması nedeniyle daha fazla sağlık tehditlerine maruz kaldıkları ve öldükleri görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, kronik hastalık, fiziksel aktivite, psikolojik, ekonomik ve sosyal faktörlerin sağlık algısını etkilediğini, kötü sağlık algısının mortalite ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (148)(149). Benzer bir çalışmada Wagner ve arkadaşları (2007); sağlık algısı daha iyi olan bireylerin sağlık okur yazarlığı düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedirler(150).

Sağlık algısı, bedensel iyilik hali üzerine etkili olduğu kadar psikolojik ve sosyal iyilik halinin korunması ve geliştirilmesi üzerine de etkilidir. Sağlık algısı düzeyi iyi olan kişilerin, olumlu sosyal davranışlar sergilemeleri beklenmektedir. Hendekçi ve Kadiroğlu (2020); adölesanlarda sağlık algısı düzeyi kötü olanların bilgi ve iletişim teknolojilerini başkalarına zarar vermek için kullanımlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (22). Bangladeş'te (2019) üniversite öğrencilerinde sağlık algısı ile depresyon ve anksiyete ilişkisini inceleyen araştırmada; kötü sağlık algısı ve vücut imajından memnun olmayan, obez ve kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek çıkmıştır. Kız öğrenciler, vücut imajı ve kilo konusunda erkeklere göre daha fazla olumsuz algılara sahiptirler (48).

Toplumda, yaşlılar, engelliler ve göçmenler gibi dezavantajlı gruplar mevcuttur. Bunlar, kronik hastalık-ilaç kullanım sıklığı fazla, uygun barınma ve çalışma koşulları ile dengeli beslenme olanakları daha zayıf, genelde çalışma hayatına katılmayan ve düzenli gelir sağlayan bir işleri olmayan, psikolojik ve sosyal destek ortamları görece zayıf kişilerdir. Bu nedenle toplumda mutlak surette desteklenmesi gereken en kırılgan ve hassas gruplardır. Bedensel, ruhsal veya sosyal durumların varlığı bu kişilerin sağlık algılarını ciddi anlamda etkilemektedir. Soriano ve arkadaşlarının (2016), İspanya'daki Senegalli göçmenlerle yaptıkları çalışmada; göçmenlerin sağlık algılarının fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. İçinde yaşadıkları topluma kültürel ve sosyal uyum kabiliyetleri, toplumsal dışlanma hissi, yaşam koşulları, beslenme, gelir durumu, zorlu çalışma şartları gibi faktörlerin sağlık algısını ciddi anlamda etkilediği görülmüştür (52). Vissandjee ve arkadaşları (2004) tarafından Kanada'da göçmenlerle yapılan çalışmada; yaş, cinsiyet, etnik köken, yaşam alanı ve sosyoekonomik düzeyin sağlık algısını etkilediği belirtilmektedir. Göçmen olma durumu, ileri yaş, çalışmama ve yalnız yaşama gibi faktörler olumsuz sağlık algısına neden olmaktadır (151).

Birey, sosyal bir varlık olduğu için içerisinde yaşadığı toplumda çevresinden etkilenmektedir. Sosyal yaşantısında olumlu sağlık davranışları sergileyen kişilerin varlığı bireyin kendi sağlığına dair düşünce, inanç ve davranışların değişmesine neden olabilmektedir. Örneğin; Dibb' in (2018) sosyal medyanın sağlık algısı üzerine etkisini incelediği çalışmasında; bireylerin, sosyal medyada kendilerinden daha iyi sağlık algısına sahip kişilerle kendilerini karşılaştırmaları fiziksel ve ruhsal olarak sağlık algılarını olumlu etkilediğini göstermiştir (51).

Bireyin, yaşadığı çevre ve eğitim düzeyinin seçebileceği meslek ve gelir durumunu etkilediği bilinmektedir. Eğitim düzeyi düşük ve nitelikli meslek grubunda yer almayan bireyler ağırlıklı olarak kol gücü ile çalışılan, geliri az olan işlerde çalışmaktadırlar. Çetinkaya ve arkadaşlarının endüstriyel alanda çalışan işçiler üzerinde yaptığı çalışmada; eğitim düzeyinin sağlık algısını etkilediği, sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan çalışanlar, sağlık eğitimi, hijyen, dengeli beslenme, fiziksel aktivite, düzenli uyku gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha fazla sergilemektedirler (43). Martikainen ve arkadaşları' nın (2004) İngiltere, Finlandiya ve

Japonya’da, kamu sektöründe çalışanlar üzerinde yaptıkları araştırmada, erkek ve kadınların sosyoekonomik düzey farklılıklarının sağlık algısını etkilediğini, kol gücü ile çalışılan işlerde çalışanların sağlık algısının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (152).

Toplumsal farklı tabakalarında, farklı sosyo-demografik özelliklere ve niteliklere sahip olan bireylerin sağlık algısı düzeyleri değişkenlik göstermektedir. Fakat bazen kişilere veya gruplara özel durumlar beklenenin aksine sonuçlarla karşılaşmamıza neden olabilir. Oral (2018), Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada; sosyoekonomik durumu iyi olan öğrencilerin sağlık algısı puanlarının beklenenin tersine düşük olduğunu tespit etmiştir (49). Genç yaş grubunda yer alan bu öğrencilerin, sağlık problemleri sayısı ve niteliğinin az olması, sahip oldukları iyi sosyoekonomik düzeyin yalancı bir güven hissi oluşturmaya sağlıkla ilgili algılarının düşük olmasına sebep olabilir. Bademli ve Lök’ ün 2017 yılında yaptıkları bir başka çalışmada; kadın, evli, sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık algılarının daha iyi olduğunu, fiziksel aktivite durumunun iyi sağlık algısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (25). Özdemir’in (2018), Dr. Sadi Konuk EAH’ inde hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; kadınların erkeklerden ve eğitim düzeyi yüksek olanların daha iyi sağlık algısına sahip oldukları belirtilmektedir. Bunun yanında ekonomik geliri düşük olan bireylerin zorunlu olarak öncelikli ihtiyaçlarını belirlemesine, sağlık ihtiyaçlarını ötelemelerine rağmen sağlık algıları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sağlık güvencesi durumu da bireylerin sağlık algısını etkilemektedir (54). İsveç’te 2005 yılında yapılan başka bir çalışmada doğum yeri, etnik köken, sosyoekonomik düzey, yaşam doyumu, kronik hastalık varlığı ve depresyonun sağlık algısı ile ilişkisinin güçlü olduğu belirtilmektedir (153).

5.3 Eysenck kişilik özellikleri

EKA – GSK alt boyutlarında araştırma grubunun ortanca değerleri hesaplanmıştır. Her alt boyutta en fazla 6 puan alınabilmektedir. Dışa dönüklük alt boyut ortanca değeri; 4, nörotizm alt boyut ortanca değeri; 2, psikotizm alt boyut ortanca değeri; 2,65 ve yalan alt boyut ortanca değeri; 5 bulunmuştur.

Yaş ile nörotizm ($r: -0,211$) alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe bireylerin nörotik tipte davranışlar sergileme ihtimalleri azalmaktadır. Yani kişi yaşlandıkça duygusal olarak daha tutarlı olmakta ve aşırı tepkiler vermemektedir.

Yaş gruplarına göre EKA – GGK alt boyut puanları incelendiğinde; dışa dönüklük ($p<0,001$), nörotizm ($p<0,001$), psikotizm ($p:0,001$) ve yalan ($p:0,002$) olmak üzere tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Dışa dönüklük alt boyutunda, 18-30 yaş grubundaki bireylerin diğer tüm yaş gruplarına göre daha yüksek puan almışlardır. Bu yaş grubundakiler, sosyal, iletişim kurmaktan hoşlanan, aktif, girişimci ve risk almayı seven özellikleri daha çok sergilerler.

Nörotizm alt boyutunda, 18-30 yaş grubunda yer alan bireyler diğer tüm gruplara göre anlamlı olarak yüksek puan almışlardır. Bu grupta yer alan bireyler duygusal olarak daha tutarsız, korku, panik, sinirlilik, depresyon gibi aşırı duygusal tepkileri daha sık verebilirler.

Psikotizm alt boyutunda, 18-30 yaş grubunda yer alan bireyler 40 yaş üstü gruplarındakilere göre anlamlı olarak yüksek puan almışlardır. Bu grupta yer alan bireyler, 40 yaş üstü bireylere göre daha soğuk, saldırgan, mesafeli, duyarsız ve asosyal tutum ve davranışlar sergileme eğilimindedirler.

Yalan alt boyutunda, 31-40 yaş grubunda yer alan kişiler 40 yaş üstü bireylere göre anlamlı olarak yüksek puan almışlardır. Bu gruptakilerin; 40 yaş üstü kişilere göre yalan söyleme, gerçekleri gizleme eğilimleri daha fazladır.

Cinsiyete göre EKA – GGK alt boyut puanları incelendiğinde; nörotizm ($p<0,001$) ve psikotizm ($p:0,004$) alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Nörotizm ve psikotizm alt boyutlarında kadınlar anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Kadınlar, erkeklere göre duygusal olarak daha tutarsız, aşırı tepkisel, asosyal, soğuk, duyarsız, güvensiz davranışlar sergilemektedirler.

Medeni duruma göre EKA – GGK alt boyut puanları incelendiğinde; psikotizm ($p:0,007$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu boyutta bekarlar evlilere göre daha yüksek puan almışlardır. Bekarlar evlilere göre daha asosyal kişilik özellikler ve mesafeli, duyarsız, bencil davranışlar sergilerler.

İkamet yerine ve çalışma durumuna göre EKA – GGK alt boyut puanlarında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Eğitim durumuna göre EKA – GGK alt boyut puanları incelendiğinde; dışa dönüklük ($p:0,001$), nörotizm ($p:0,025$) ve yalan ($p:0,009$) alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Dışa dönüklük alt boyutunda, yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlar, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre yüksek puan almışlardır. Eğitim düzeyi yüksekokul ve üstü olanlar ilkokul ve altındaki gruba göre daha konuşkan, sosyal, girişimci, sıcak kanlı ve heyecanlı davranışlar sergilerler. Eğitim düzeyinin artması ile bireyin dışa dönük kişilik özellikleri göstermesi beklenen bir durumdur.

Nörotizm alt boyutunda, yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlar, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre yüksek puan almışlardır. Eğitim düzeyi yüksekokul ve üstü olanlar, ilkokul ve altındaki gruba göre duygusal olarak tutarsız ve ani tepkiler verme eğilimindedirler. Eğitim düzeyi arttıkça, insanlar duygusal durumlarını daha belirgin şekilde dışarıya yansıtmaktadırlar.

Yalan alt boyutunda, yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlar, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre yüksek puan almışlardır. Eğitim düzeyi yüksekokul ve üstü olanlar, ilkokul ve altındaki gruba göre daha fazla gerçekleri gizleme ve yalan söyleme eğilimindedirler. Eğitim düzeyi artan bireylerin yalan söyleme ihtimalleri artmaktadır.

Sağlık güvencesi durumuna göre EKA – GGK alt boyut puanları incelendiğinde; nörotizm ($p<0,001$), psikotizm ($p:0,001$), ve yalan ($p<0,001$) olmak üzere tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Sağlık güvencesi olanlar, yalan alt boyutunda, sağlık güvencesi olmayanlar ise nörotizm ve psikotizm alt boyutlarında daha yüksek puan almışlardır. Sağlık güvencesi olanlar, olmayanlara göre gerçekleri daha çok gizleme eğilimindedirler. Sağlık güvencesi olmayanlar, olanlara göre duygusal açıdan daha tutarsız, panik, depresyon, ani parlama gibi aşırı tepkiler, soğuk, bencil, duyarsız ve asosyal davranışlar sergileme eğilimindedirler.

Karancı ve arkadaşlarının (2007) Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, dışa dönüklük ve nörotizm alt boyut puanları her iki cinste çalışmamıza göre yüksek bulunmuş, psikotizm ve yalan alt boyutlarında ise çalışmamızın puanları her iki cinste

daha yüksek bulunmuştur. Karancı ve arkadaşlarının çalışmasındaki katılımcılar, araştırma grubumuza göre daha sosyal, aktif, girişimci, iletişime açık olmalarına karşın duygusal olarak daha tutarsız ve ani tepkiler verme eğilimindedirler. Bunun yanında araştırma grubumuzun gerçekleri gizleme, soğuk, mesafeli, duyarsız ve asosyal davranışlar sergileme eğilimi daha yüksektir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması örneklem grubunun üniversite öğrencilerinden oluşması ve bizim çalışma grubumuzun toplum ortalamasından oluşması, yaş ortalamasının yüksek ve toplumsal cinsiyet rollerinin yerleşik olması alt boyut puanları arasındaki farkın nedeni olabilir (28). Tunç ve arkadaşlarının (2020) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada; benlik saygısı, narsizm ve kişilik özellikleri ilişkisini incelenmiş, öğrencilerin benlik algısının yüksek, narsizm düzeyinin normal olduğu, alt boyut puanlarından dışa dönüklük ve nörotizm alt boyut puanlarının çalışmamızdan yüksek, psikotizm ve yalan alt boyut puanlarının da çalışmamızdan düşük olduğu belirtilmiştir (154).

Bireyin, doğuştan getirdiği özellikler gibi çevresinden edindiği kazanımlar, duygu ve düşünceler kişiliğin oluşmasına katkı sunmaktadır. Yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, içinde bulunulan ruhsal durum gibi faktörler kişiliği etkilemektedir. Kişilik de bireyin yaşam davranışlarını, beklentilerini etkilemektedir. Örneğin; üniversite öğrencilerinde sosyal fobi ve kişilik özelliklerinin okul başarısı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada; erkek, sigara ve alkol tüketimi olanların psikotizm düzeyinin, yurttan kalan öğrencilerin evde kalanlara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun kişilerin okul başarısını etkilediği belirtilmektedir (58). Türkçe öğretmeni adayları üzerinde kişilik özellikleri ve mesleki kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada; dışa dönük ve yalan tipte kişilik özellikleri gösterenlerin kaygı düzeyinin yüksek, nörotik tipte kişilik özellikleri gösterenlerde ise kaygı düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir (63). Yaşamında, aktif, heyecanlı, girişken ve sosyal olan bireylerle gerçekleri gizleme eğiliminde olanlar daha endişeli ve huzursuz davranışlar gösterirler. Tunç ve Aliyev'in 2015 yılında lisansüstü öğrencilerin kişilik özellikleri hakkında yaptıkları çalışmada; kızların nörotizm alt boyutunda, evli ve şehirde ikamet eden kişilerin dışa dönüklük alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları belirtilmektedir (155). Almiro ve arkadaşlarının 2016 yılında Portekiz'de yaptıkları bir çalışmada; literatüre uyumlu olarak psikotizm alt boyutunda erkeklerin, nörotizm alt boyutunda kadınların, yalan alt boyutunda ise literatürden farklı olarak erkeklerin daha yüksek puan aldıkları belirtilmektedir (72). İtalya'da yapılan başka bir çalışmada

(2018); erkeklerin dışa dönüklük ve psikotizm alt boyutlarında, kadınların nörotizm alt boyutunda yüksek puan aldıkları belirtilmektedir. Ayrıca gençlerde dışa dönüklük ve psikotizm puanları yükselirken nörotizm puanları düşmektedir (156).

Kişilik özellikleri üzerinde, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı ve psikiyatrik rahatsızlıkların etkili olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Hastalıklar, iyilik halini etkilemekte ve anksiyete oluşumuna neden olmaktadır. Anksiyete ve huzursuzluk, bireyin ruh sağlığının bozulmasına ve kişilik özelliklerinin değişmesine sebep olmaktadır. Bayar ve arkadaşlarının (2017) akut koroner sendromlu genç hastalarda kişilik özellikleri ile koroner arter hastalığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada; ciddi koroner arter hastalığı olanlarda dışadönüklük (4), nörotizm (3), yalan (5) puanlarının çalışmamıza göre yüksek, psikotizm (1) puanının ise daha düşük olarak belirtilmektedir. Depresyon, anksiyete, sosyal yalnızlık gibi psikolojik faktörler kişiliği etkiledikleri gibi hem merkezi sinir sistemi üzerinden immün sistem ve koagülasyon sistemini etkileyerek hem de sigara içme riskini arttırmak suretiyle koroner arter hastalığı varlığını arttırmaktadır (157). Akne vulgarisli yetişkin hastalarda kişilik özelliklerinin incelendiği araştırmada; hastaların, duygusal olarak tutarsız, ani tepkiler, depresif davranışlarla karakterize nörotik tipte kişilik özellikleri gösterme eğiliminin yüksek olduğu bildirilmektedir (158). Migren hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada; hastaların nörotizm kişilik özellikleri ön plana çıkmakta ve baş ağrısı, uyuyamama, yorgunluk gibi anksiyeteye neden olan faktörlerle sık karşılaşıldığı ifade edilmektedir (159). Japonya’da SLE hastaları üzerinde Minami ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada; biyolojik farklılıkların kişilik özelliklerini belirlediği, hastalığın aktif döneminde hastaların nörotik tip özellikler sergiledikleri belirtilmektedir (160). Torres ve Mayen (2019), meme kanseri olan ve sağlıklı bireylerin kişilik özelliklerini karşılaştırmışlardır. Meme kanseri olan kişilerde psikotizm ve nörotizm puanları sağlam kişilere göre yüksek, dışadönüklük puanının daha düşük olduğu belirtilmektedir (161). Kanser teşhis ve tedavisi gibi travmatik bir olayın kişilik özellikleri üzerinde etkili olması kaçınılmazdır. Kanser hastalarının, teşhis ve tedavi sürecinde sosyal ortamlarından uzaklaşmak zorunda kalmaları ve kanser nedeniyle psikolojik olarak olumsuz etkilenmeleri içe kapanık, kaygılı, hassas bir ruhsal yapıya sahip olmalarına neden olmaktadır. Bu durumda kanser hastalarının kişilik özellikleri değişmektedir. Bu nedenle kanser hastalarında psikososyal destek çalışmaları önemlidir.

Kişiliği, eğitim düzeyi, meslek, çalışma koşulları, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali etkilemektedir. Eğitim düzeyi yüksek, meslek sahibi bireylerin daha iyi çalışma koşullarında çalıştıkları ve sağlık algılarının daha iyi olduğu bilinmektedir. Hasta, eğitim düzeyi düşük ve meslek sahibi olmayan bireylerin, iyi çalışma koşulları olan işlerde çalışma ihtimali düşük olduğu gibi iş yerinde sağlık risklerine maruz kalma ihtimalleri de fazladır. Bununla birlikte bu grupta, iş kazası ve meslek hastalığı gelişme ihtimali daha yüksektir. Diğer taraftan farklı kişilik özelliklerine sahip bireylerin iş kazası geçirme sıklıkları da değişmektedir. Çolak, iş kazası geçirenlerde kişilik özelliklerini incelediği araştırmasında; genç yaş, düşük eğitim düzeyi ve çalışma süresinin daha kısa olması gibi faktörlerin iş kazası geçirme sıklığını ciddi anlamda arttırdığını belirtmektedir. Ayrıca, dışa dönük kişilik özellikleri gösterenlerin daha az iş kazası geçirdiğini, kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin iş kazası sıklığının fazla olduğunu belirtmektedir (162). Önen, iş kazası riski yüksek olan yerlerde çalışanlar ile iş kazası riski düşük olan yerlerde çalışan kişiler arasındaki psikolojik özellikleri konu aldığı çalışmada; dışa dönüklük, nörotizm, psikotizm ve yalan alt boyut puanlarında iş kazası geçiren ile geçirmeyen grup arasında anlamlı fark bulunmadığını belirtmektedir (163). İşsever ve arkadaşlarının (2002), İstanbul'da şehir içi ulaşımında çalışan şoförlerin kişilik özellikleri ile psikolojik belirtiler ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; şoförlerin ağırlıklı olarak içe dönük karakterde (%74) oldukları, ağır çalışma koşulları, düzensiz beslenme, düşük maaş ve olumsuz çevresel faktörler nedeniyle anksiyete ve depresyon sıklığının arttığı, iş doyumunun azaldığı ve ruh sağlığının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (164). Tisu ve arkadaşlarının 2019 yaptığı bir çalışmada; proaktif kişilik özelliklerine sahip çalışanların iş bağlılıklarının daha iyi olduğu ve buna bağlı olarak iş performans ve ruh sağlıklarının daha iyi olduğu belirtilmektedir (165). Çin'de (2020) otobüs şoförlerinin kişilik özellikleri ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen diğer bir çalışmada, şoförlerin kişilik özellikleri dışa dönüklük, psikotizm ve nörotizm alt boyut puanlarının toplum ortalamasına göre daha yüksek olduğu, çalışma ortamı ve çevresel faktörlerin yanında kişilik özelliklerinin ruh sağlıklarını etkilediği belirtilmektedir (166).

Sağlıklı yaşam davranışları kişilik ve sağlık üzerinde etkilidir. Dengeli beslenme, fiziksel aktivite, düzenli uyku, hijyen gibi faktörler bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesinde önemli katkıları olan etmenlerdir. Kötü sosyal çevre ve olumsuz davranışlar ise bedensel ve ruhsal sağlığı bozduğu gibi kişilik özelliklerinin

değişmesine ve kişiliğin farklılaşmasına sebep olabilir. Sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, olumsuz sağlık sonuçlarına sebep olarak ve kişilik değişikliklerine neden olmaktadır. Örneğin; Tunca ‘nın denetimli serbestlik programından faydalanan kişiler üzerinde yaptığı çalışmada; ömür boyu alkol ve uyuşturucu madde kullananların kullanmayanlara göre, dışa dönüklük ve yalan eğilimlerine daha yatkın oldukları, fakat davranışlarını kontrol etmekte zorlanan kişilerin daha çok psikotizm eğiliminde oldukları belirtilmektedir (167). Madde kullanım öyküsü olanların gerçekleri gizleme eğilimleri daha fazladır. Madde kullanımıyla birlikte zihinsel muhakeme yeteneği azaldığı için daha konuşkan, aktif ve öforik davranışlar sergilemektedirler. Madde kullanımı olan bireylerde yapılan başka bir araştırmada (2017); gelir düzeyi düşük, erken yaşta madde kullanımı olan, çocukluk ve ergenlik döneminde şiddete maruz kalmanın umutsuzluk ve intihar düşüncesini etkilediği ve bu kişilerin ağırlıklı olarak nörotik kişilik özellikleri sergiledikleri belirtilmektedir (168). Sigara bağımlılarında kişilik özelliklerini inceleyen diğer bir araştırmada; sigara kullananların kullanmayanlara göre nörotik ve psikotik tipte kişilik özellikleri gösterdikleri, psikotizm ve nörotizmin sigara bağımlılığı riskini arttırdığı belirtilmektedir (56). Maraş Otu kullananlarda kişilik özellikleri (2015) çalışmasında ise, Maraş Otu kullanan grubun nörotik tipte kişilik özellikleri sergiledikleri belirtilmektedir. Dışa dönüklük (3.71 ± 1.85) ve nörotizm (3.04 ± 1.55) alt boyut puanlarında Maraş Otu kullananlar çalışmamıza göre daha yüksek puan almışlardır (169). Perkins’ in (2016) kişiliğin sosyal boyutları ilişkisini irdelediği araştırmasında; çocukluk döneminde dezavantajlı bir ortamda doğup büyüyen kişilerin yetişkinlik döneminde saldırgan, anti-sosyal, kurallara aykırı hareket eden ve istihdama dirençli bir kişilik profili sergilediklerini ve bu durumun kişinin yaşam durumu ve kalitesini etkilediğini belirtmektedir (23).

Sosyo-demografik özelliklerin kişilik ve kişilik özellikleri üzerinde etkilerini araştıran çok sayıda çalışma vardır. Örneğin; Çetintaş’ın (2019) İzmir’de evli bireylerde evlilik çatışması ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında; yaş ve yaşama doyumunun çatışma sıklığının arttırdığı, eğitim durumu, gelir düzeyi, evlilik süresi, çocuk sayısının çatışma sıklığının arttırmadığı, dışa dönüklük eğilim gösterenlerde evlilik çatışma sıklığının arttığı belirtilmektedir (74). Stephan ve arkadaşlarının (2020), Amerika, Avrupa ve Japonya’da 40,000’den fazla katılımcı ile yaptıkları sekiz kohort çalışmasında; nörotizm ile düşük sağlık algısı, dışa dönüklük ile iyi sağlık algısı ilişkisi varlığı belirtilmektedir (65). Duygusal olarak tutarlı olmayan,

aniden parlayan, depresif, kaygılı ve huzursuz davranışlar sergileyen bireylerin sağlıklarını algılama düzeyleri düşüktür. Buna mukabil konuşkan, aktif, sosyal, empatik bireylerin sağlık algısı düzeyleri yüksektir. Başka bir çalışmada Gilberto ve arkadaşları (2020); ileri yaş döneminde ve emekli olanlarda kişiliğin, sağlık ve öznel iyi oluşu etkilediğini, yaşlı bireylerde sağlık algısı ve iyilik halinin azaldığını belirtmektedirler (66).

Kişilik ve sağlık algısı karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Sağlık algısı arttıkça kişilerin toplum içerisinde normal davranışlar sergilemesi beklenmektedir. Sağlık algısı düzeyi iyi olan bireyler, duygusal olarak tutarlı, sosyal, aktif ve duyarlı davranışlar sergilerler. Diğer taraftan kişilik, sağlık algısı, iyilik hali ve yaşam doyumu üzerinde etkili olmaktadır. Örneğin; kişiliğin sağlık algısı ve mutluluk üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada (2011); kişiliğin sağlığın sosyal, duygusal ve fiziksel algılanması üzerinde güçlü bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Sağlık algısı, sosyal destek, yaşam doyumu ve olumlu duygulardan fazlasıyla etkilenmektedir (170). Başka bir çalışmada Goodwin ve Engstrom (2002); sağlık algısını, sağlık çıktılarının güçlü bir belirleyicisi ve sağlık algısının morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Kişilik özelliklerinin sağlık algısı ile ilişkili olduğu ve sağlık algısı üzerinden sağlık çıktılarını etkilediği belirtilmektedir. Dışa dönük olan bireylerin sağlık algısı düzeyi iyi, nörotik tipte kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin sağlık algısı düzeyinin düşük olduğu ifade edilmektedir (171). Aktif, iletişime açık, sosyal ve girişken bireylerin sağlık algıları iyi iken huzursuz, ani tepkiler gösteren, anksiyöz kişilerin sağlık algısı düzeyi düşüktür (159).

5.4 Algılanan hizmet kalitesi

Algılanan hizmet kalitesini ölçmek üzere Servqual Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin algı ve beklenti olmak üzere iki alt boyutu ve her alt boyutta 22 ifade yer almaktadır. Her ifade için algı puanı ile beklenti puanı arasındaki fark hesaplanmıştır. Alt boyutu oluşturan ifadelerin aritmetik ortalaması ile alt boyut skorları, alt boyut skorlarının aritmetik ortalaması ile Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru hesaplanmıştır.

Beklenti alt boyutunda en düşük puanlar sırasıyla; 2. İfade olan “Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının fiziksel tesisleri (binaları) görsel olarak çekicidir” ifadesinde; 3,53, 1. İfade olan “Mükemmel Sağlık Kuruluşları modern ekipmanlara sahiptir” ifadesinde; 3,57, 5. İfade olan “Mükemmel Sağlık Kuruluşları bir şey yapmak için kesin

bir zaman verdiklerinde, söz verdikleri gibi yaparlar” ifadesinde; 3,58 ve 21. İfade olan “Mükemmel Sağlık Kuruluşları hastaların çıkarları ile candan ilgilenirler” ifadesinde; 3,58 ile görülmektedir. İlk iki ifade Servqual Ölçeği’nin fiziksel özellikler, üçüncü ifade güvenilirlik ve sonuncu ifade empati alt boyutunda yer almaktadır. Araştırma grubu, sağlık hizmetinden beklenti boyutunda fiziksel özellikler alt boyutu ifadelerine diğer alt boyut ifadelerinden daha düşük puan vermişlerdir. Sağlık hizmeti alanlar, kurumun fiziksel özelliklerini diğer özelliklerine göre daha az önemsemektedirler. Araştırma grubu için, kurumun güvenilir, hevesli ve empatik olması kullanılan ekipman ve fiziksel görüntüden daha önemlidir.

Algı boyutunda en düşük puanlar sırasıyla; 2. ifade olan “Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin fiziksel yapıları (binaları) görsel olarak çekicidir.” İfadesinde; 3,17, 1. ifade olan “Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi modern ekipmanlara sahiptir” ifadesinde; 3,32 ve 4. ifade olan “Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin hizmeti sunmada kullandığı materyallerin görünümü, sunulan hizmet tipi ile uyumlu ve görsel açıdan çekicidir” ifadesinde; 3,45 ile görülmektedir. Üç ifade de Servqual Ölçeği’nin fiziksel özellikler alt boyutunda yer almaktadır. Araştırma grubu, sağlık hizmetinde algı boyutunda en düşük puanları fiziksel özellikler alt boyut ifadelerine vermişlerdir. Başka bir ifade ile diğer alt boyutlardaki algıları ve beklentileri arasındaki fark fiziksel özelliklere göre azdır.

Algı puanından beklenti puanının çıkarılması ile her ifadenin skoru hesaplanmıştır. İfade skorlarda en farklı değerler sırasıyla; 2. İfadede; -0,36, 1. İfadede; -0,25 ve 4. İfadede; -0,14 ile tespit edilmiştir. Söz konusu ifadelerin üçü de Servqual Ölçeği’nin fiziksel özellikler alt boyutunda yer almaktadır.

Alt boyutlardaki ifadelerin skorlarının toplanarak ifade sayısına bölünmesi ile alt boyut skorları elde edilmiştir. Fiziksel özellikler alt boyutu skoru; -0,20, güvenilirlik alt boyut skoru; 0,025, heveslilik alt boyut skoru; 0,015, güven alt boyut skoru; 0,04 ve empati alt boyut puanı; 0,015 elde edilmiştir. Alt boyut puanları toplanarak alt boyut sayısına bölünmesiyle ve Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru -0,02 olarak elde edilmiştir.

Araştırma grubumuzda en büyük beklenti puanı güven alt boyutunda, en düşük beklenti puanı ise fiziksel özellikler alt boyutunda görülmektedir. Aynı şekilde en büyük algı puanı güven alt boyutunda ve en düşük algı puanı da fiziksel özellikler alt boyutunda görülmektedir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak en büyük beklenti

güvenilirlik alt boyutunda değil güven alt boyutunda, en düşük beklenti ise literatürdeki çalışmalarla benzer şekilde fiziksel özellikler alt boyutunda görülmektedir. Araştırma grubu, sağlık hizmetinde kurumun en az fiziksel özelliklerinden, görünümünden memnun kalmışlardır. Araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden fiziksel özellikler beklentisi düşük olmasına rağmen ifade boyutunda en büyük farklar fiziksel özellikler alt boyutunda görülmektedir. Bu durum Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerinin fiziki görünüm ve kullanılan ekipmanlarının iyi olmadığını, görsel olarak çekici olmadığını ve beklentiyi karşılamaktan uzak olduğunu göstermektedir.

Güven alt boyutunda en yüksek puanın alınması, KETEM ve VSD birimi çalışanlarının, bilgili ve kibar davranışları ile vatandaşların güvenini kazandıklarını ve sağlık hizmetinden güven alt boyut beklentilerini karşıladıklarını hatta aştıklarını göstermektedir.

Güvenilirlik, heveslilik ve empati alt boyutlarında da skorlar pozitif çıkmıştır. Bu sonuçlar, KETEM ve VSD birimlerinin vatandaşların sağlık hizmetinden beklentilerini karşıladığını göstermektedir. Fakat fiziksel özellikler alt boyutunda beklentiler karşılanmadığı gibi bu alt boyuttaki önemli algı-beklenti farkı Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru'nun da negatif çıkmasına neden olmuştur.

Araştırma grubunda Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru -0,02 bulunmuştur. Bu negatif değer, Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerine sağlık hizmeti almak üzere başvuran vatandaşların beklentilerinin karşılanmadığını göstermektedir. KETEM ve VSD birimlerinden hizmet alan vatandaşların algıladıkları hizmet kalitesi beklentilerinin altında kalmıştır. Fakat bu değer sıfıra çok yakın olduğu için araştırma grubunun KETEM ve VSD' den aldığı hizmetin beklentilerini neredeyse karşıladığı söylenebilir.

KETEM ve VSD hizmet binalarının eski ve görsel olarak çekici olmaması nedeniyle hizmet almak üzere bu sağlık tesislerine başvuranların beklentileri karşılanamamıştır. Nitekim Servqual Ölçeği'nde fiziksel özellikler alt boyutu haricinde ölçek ifadelerinde vatandaşların algıladıkları hizmet kalitesi bekledikleri hizmet kalitesinden daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel özellikler alt boyutunda elde edilen skor diğer alt boyut skorlarına göre çok düşük olduğu için Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru'nun da düşük (-) çıkmasına ve algılanan hizmet kalitesinin beklentileri karşılamamasına sebep olmuştur. Her ne kadar araştırma grubu fiziksel özelliklere önem vermemişse de

fiziksel özelliklerin çok kötü olması algılanan hizmet kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesinde sağlık hizmeti verilen tesislerin yapısal ve donanımsal özellikleri göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir.

Yaş gruplarına göre Servqual Ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır. Yaş ile Servqual Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Cinsiyete göre Servqual Ölçeği alt boyut skorları arasındaki ilişki incelendiğinde, güven alt boyutunda kadınların anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Güven alt boyutunda kadınların beklentileri aşılmış erkeklerinki ise karşılanmamıştır. Kadınlar erkeklere göre KETEM ve VSD çalışanlarına daha çok güven duymaktadırlar.

Medeni duruma göre Servqual Ölçeği alt boyut skorları arasındaki ilişki incelendiğinde, güven alt boyutunda evlilerin bekarlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Evliler bekarlara göre KETEM ve VSD çalışanlarına daha çok güven duymaktadırlar.

Eğitim durumuna göre Servqual Ölçeği alt boyut skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel özellikler alt boyutunda yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel özelliklerden memnun olmama durumu artmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan katılımcılar, KETEM ve VSD hizmet binasının fiziki özelliklerinden daha çok memnun kalmışlardır.

İkamet durumu ve çalışma durumuna göre Servqual Ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Sağlık güvencesi durumuna göre Servqual Ölçeği alt boyut skorları arasındaki ilişki incelendiğinde, empati alt boyutunda sağlık güvencesi olanlar anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Sağlık güvencesi olanlar, sağlık güvencesi olmayanlara göre KETEM ve VSD çalışanlarının kendilerine daha duyarlı davrandıklarını düşünmektedirler.

Bağımsız değişkenler olan EKA - GKG, SAÖ ve sosyo-demografik özelliklere göre algılanan hizmet kalitesini tahmin etmek için kurulan lojistik regresyon analizinde model uyumunun iyi olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden SAÖ alt

faktörlerinden kontrol merkezi ($p:0,000$) ve sağlığın önemi ($p:0,008$) alt faktörlerinin modele anlamlı katkı yaptığı bulunmuştur. Kontrol merkezi puanları arttıkça algılanan hizmet kalitesinin beklentiyi karşılamama ihtimali 1,11 kat, sağlığın önemi puanları arttıkça algılanan hizmet kalitesinin beklentiyi karşılamama ihtimali 1,16 kat artmaktadır. Kişilerin, sağlığın kontrolü noktasında kendilerini merkezde görme, sağlığına önem verme derecesi arttıkça sağlık kuruluşundan hizmet kalitesi beklentileri artmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik çok sayıda araştırma yapılmıştır. Literatürde ağırlıklı olarak kamu veya özelde tedavi edici sağlık hizmetleri sunan hastanelerde yapılan sağlık hizmeti kalitesi çalışmaları mevcuttur. Bunun yanında birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini ölçmeye yönelik çalışmalar da mevcuttur. Farklı niteliklerdeki sağlık tesislerinde yapılan hizmet kalitesi çalışmaları ile vatandaşların sağlık hizmet sunucularından beklentileri, önem verdikleri hizmet boyutları, sağlık tesislerinin hizmet kalitesi düzeyleri ve vatandaşların hizmet kalitesini etkileyen faktörler ortaya konmaya çalışılmıştır.

Kişinin sağlık hizmetinden memnun olma durumu, sağlık kuruluşunu tekrar tercih etme isteğini etkilemektedir. Örneğin; Ankara’da bir çocuk hastanesinde yatan hastaların refakatçileri ile 2009 yılında yapılan bir araştırmada; en yüksek beklentinin güvenilirlik, en düşük beklentinin ise fiziksel özellikler alt boyutunda olduğu belirtilmektedir. Hizmet kalitesi, güven boyutunda en çok ve fiziksel özellikler boyutunda en az karşılanmıştır. Genel olarak hastanenin hizmet kalitesi beklentilerin altında kalmıştır. Eğitim durumu ve gelir düzeyi gibi faktörler, bireylerin hizmet kalitesi algısını, hastaneyi tekrar tercih etme durumunu ve başkalarına tavsiye etme durumunu etkilemektedir (87). Bu hastanede refakatçiler en çok ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinin doğru ve zamanında verilmesini beklemektedirler. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça bireylerin beklentileri artmaktadır. Beklentileri karşılanmayan kişilerin sağlık kuruluşunu tercih etme ve başkasına tavsiye etme ihtimali azalmaktadır. Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada; en yüksek beklenti heveslilik alt boyutunda en düşük beklenti ise empati alt boyutunda elde edilmiştir. Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru negatif (- 0, 24) olup hastane hastaların beklentilerini karşılamamış olup en düşük puan heveslilik (-0,30), en yüksek puan empati (-0,15) alt boyutunda elde edilmiştir (98). İsfahan’da kadınların ebelik hizmeti

kalitesini değerlendirdikleri çalışmada (2014); toplam hizmet kalitesinin karşılanmadığı, güven alt boyutunda algı ve beklenti arasındaki farkın en düşük olduğu belirtilmektedir. Ebeler, bilgili ve kibar davranışları ile hastalarının güvenini sağlamada diğer alt boyutlara göre daha başarılıdırlar denilebilir. Yaş, eğitim durumu, meslek gibi faktörlerin hizmet kalitesini etkilemediği belirtilmektedir (91).

Özel bir niversite hastanesinde yatan hastalarda 2014 yılında yapılan bir çalışmada; Servqual Skoru negatif (-) kmış olup hastaların hizmet kalitesi beklentileri karşılanmamıştır. Servqual alt boyutlarında en düşük puan güvenilirlik (-0,34) ve en yüksek puan empati (-0,09) alt boyutlarında elde edilmiştir. Araştırmada, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve sağlık güvencesi durumunun algılanan hizmet kalitesini etkilemediği görülmüştür (172). Manisa’da özel bir hastanede çalışanlar ve hastalar üzerinde yapılan araştırmada (2016); Servqual Skoru ve alt boyut puanları negatif (-) kmış olup hastaların beklentileri hastane tarafından karşılanmamıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumu gibi faktörlerin algılanan hizmet kalitesini etkilediği görülmüştür. Hastane alışanlarının hastaneye olan güven düzeyi hastalardan daha düşük, çalışanların hastalara yardım etme, zamanında hizmet verme istekliliği, bilgi ve nezaket ile hastalarda güven oluşturma düzeyi hastalardan daha yüksek tespit edilmiştir (173). Devebakan ve Aksaraylı’ nın zel Altınordu Hastanesi’nde yaptıkları çalışmada (2003); tüm Servqual alt boyutlarında ve toplam Servqual Skorunda sonuçlar negatif kmıştır. Hastanenin hizmet kalitesi hastaların beklentisini karşılamamıştır. Çalışma sonuçlarına göre yaşlı ve eğitim düzeyi düşük, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi daha düşük bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum ve sosyal güvence durumunun hizmet kalitesini etkilemediği görülmüştür. Hastalar, güvenilirlik ve güven alt boyutlarını en önemli, fiziksel özellikler ve empati boyutlarını ise en az önemli hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirmişlerdir. Empati boyutu en yüksek puan alan alt boyut olmuştur (20). Ankara’da özel bir hastanede 2015 yılında yapılan bir çalışmada; en yüksek puan empati (0,27), en düşük puan ise heveslilik (0,11) alt boyut puanlarında elde edilmiştir. Toplam Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru (0,18), pozitif (+) elde edilmiş olup araştırma grubunun beklentilerinin karşılandığı ve hastanenin mükemmel hizmet kalitesi düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. Kadınların hizmet kalitesi algısı fiziksel özellikler ve güvenilirlik alt boyutlarında erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olanların güven alt boyutunda, 50 yaş ve üstü olanların fiziksel özellikler alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları görülmüştür

(174). Polonya’da Manulik ve arkadaşlarının (2016) ayaktan hizmet veren kamu ve özel sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini ölçmek için yaptıkları araştırmada; her iki grup sağlık tesisinin hizmet kalitesi hastaların beklentilerini karşılamamıştır. Özel sağlık kuruluşlarında vatandaşların en büyük beklentileri fiziki görünüm ve ekipman boyutunda, kamu sağlık tesislerinde ise en büyük beklenti sağlık çalışanlarının bilgili ve kibar olması boyutunda olduğu belirtilmektedir (175).

İzmir’de iki devlet hastanesinde çalışanların algıladıkları hizmet kalitesini karşılaştıran çalışmada (2010); fiziksel özellikler alt boyutu en yüksek beklentilerin, empati alt boyutu ise en düşük beklentilerin olduğu boyut olarak ifade edilmektedir. Her iki hastanede hizmet kalitesi puanı en yüksek empati alt boyutunda, en düşük puan ise fiziksel özellikler alt boyutunda elde edilmiştir. İki hastanenin de Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru negatif (-) çıkmış, Ege hastanesinin beklentileri karşılama durumu Tepecik hastanesine göre daha düşük bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre, eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre hizmet kalitesi algısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (176). Yozgat’ta bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede yatan hastalar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada; her iki hastanede de hasta beklentilerinin karşılanmadığı ve Eşit Ağırlıklı Servqual Skorlarının negatif (-) çıktığı belirtilmiştir. Devlet hastanesi grubunda en düşük Servqual puanı fiziksel özellikler (-1,68), en yüksek Servqual puanı güvenilirlik (-0,76) alt boyutlarında ve özel hastane grubunda en düşük Servqual puanı empati (-1,50), en yüksek Servqual puanı ise fiziksel özellikler (-1,00) alt boyutlarında elde edilmiştir. Özel hastanenin fiziki görünümünün ve ekipmanlarının devlet hastanesinden daha iyi, buna mukabil devlet hastanesinin söz verilen hizmeti doğru ve zamanında yerine getirme oranının özel hastaneden daha yüksek olduğu çıkarımı yapılabilir. Ayrıca, erkek, 50 yaş üstü, bekar, lise altı eğitim düzeyine sahip bireylerin hastane hizmetlerinden algıladıkları hizmet kalitesi daha yüksek bulunmuştur (177). Yani, erkek ve eğitim düzeyi düşük olan kişilerin sağlık hizmeti beklentileri daha düşük olmaktadır. İstanbul’da Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hastane çalışanları ve hastalar ile 2013 yılında yapılan çalışmada; hastaların ve çalışanların beklentileri güven alt boyutunda en yüksek düzeyde, çalışanların empati ve hastaların fiziksel özellikler alt boyutlarında en düşük beklenti düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Algıladıkları hizmet kalitesi boyutunda her iki grupta da güven alt boyutunda en yüksek düzeyde bulunmuş, fiziksel özellikler alt boyutunda ise en düşük düzeyde bulunmuştur. Hastane

çalışanlarından erkek, 45 yaş üstü, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyi yüksek bulunmuştur (178). Bu araştırma sonucuna göre hem çalışanlar hem de hastalar hizmet kalitesi bağlamında en çok hastane çalışanlarının bilgili ve kibar davranışlarından memnun kalmışlardır. Güney Kore’de beş farklı şehirdeki altı hastanede hemşireler ve çalıştıkları birimde yatan hastaların sağlık hizmetleri kalitesinden memnuniyetleri konu alan bir araştırmada; her iki grupta da hizmet kalitesinin beklentileri karşılamadığı, hemşirelerin beklentilerinin daha yüksek fakat memnuniyet düzeylerinin hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. İki grupta da beklenti ve algı düzeyinde en yüksek puanlar güvenilirlik alt boyutunda, en düşük puanlar fiziksel özellikler alt boyutunda elde edilmiştir. Hizmet kalitesinden memnun olma durumu ile orantılı olarak hastaların aynı hastaneyi tercih etme düşünceleri daha yüksek bulunmuştur (96). Hem hastaların hem de hemşirelerin fiziki görünüm ve ekipmandan ziyade sağlık kuruluşunun güvenilirliğine önem verdikleri görülmektedir. Avrupa’da altı farklı ülkede (İngiltere, Almanya, Finlandiya, İspanya, Hollanda, Yunanistan) diyabet ve inme öyküsü olan hastalarla 2017 yılında yapılan çalışmada; söz konusu tüm ülkelerde algılanan hizmet kalitesinin beklentileri karşıladığı belirtilmektedir (179). Hastane poliklinik hizmet kalitesini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada (2011); Servqual Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının sıfırın altında olduğu ve hastanenin vatandaşların beklentilerini karşılamadığı belirtilmektedir (92). Çin’de 15 farklı şehirde 27 farklı hastanede en az 3 gün yatan hasta ve yakınlarında hizmet kalitesini ölçmeye yönelik araştırmada (2016); en büyük beklentinin güven, en düşük beklentinin ise fiziksel özellikler alt boyutunda olduğu ve tüm alt boyutlarda algıların beklentilerden düşük olduğu belirtilmektedir. Hizmet kalitesi alt boyutlarında en düşük farkın fiziksel özellikler alt boyutunda ve en büyük farkın ise heveslilik alt boyutunda olduğu belirtilmekte ve genel olarak hastanelerin hizmet kalitesinin beklentileri karşılamadığı belirtilmektedir (180). Hindistan’da herhangi bir nedenle hastaneye başvuranlarda yapılan diğer bir çalışmada (2019); yaşı genç olanların (18-35) hastanenin fiziki görünüm ve ekipmanları, hizmet sunumundaki istekliliği alt boyutlarında anlamlı olarak yüksek puan aldıkları, 36 ve üstü yaş grubun ise hastanenin söz verdiği hizmeti zamanında ve doğru bir şekilde sunması, hastaları anlayışla karşılayıp empati kurması alt başlıklarında yüksek puan aldıkları belirtilmektedir. Hastaneye ziyaret sayısı arttıkça güvenilirlik boyutunda alınan puanların yükseldiği belirtilmektedir (88). Bu araştırma sonucuna göre, genç yaştakiler için sağlık tesisinin

fiziki özellikleri önemli iken ileri yaş grubundaki bireyler için hastanenin güvenilir olması daha önemlidir.

Say'ın (2020) entegre hastanede sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti algılamaya etkisini incelediği çalışmada; sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça algılanan hizmet kalitesinin arttığı belirtilmektedir (181). Bireyin, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlayıp kullanma düzeyi arttıkça sağlık hizmetini doğru kullanıp hizmet kalitesinden memnun kalma ihtimali artmaktadır.

Niğde'de aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin algıladıkları hizmet kalitesini ölçmek üzere yapılan çalışmada (2017); en büyük beklenti güvenilirlik alt boyutunda, en düşük beklenti ise empati alt boyutunda elde edilmiştir. En düşük Servqual Skoru fiziksel özellikler (-0,83), en yüksek Servqual Skoru empati (-0,41) ve güvenilirlik (-0,42) alt boyutlarında bulunmuştur. Toplam Servqual Skoru ise negatif (-0, 52) elde edilmiş olup hastaların aile sağlığı merkezlerinden beklentileri karşılanmamıştır. Cinsiyete göre algılanan hizmet kalitesinin değişmediği, 60 yaş üstü ve eğitim düzeyi düşük olan kişilerin hizmet kalitesi algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (182). Bu araştırma sonucuna göre vatandaşların ASM' de sunulan sağlık hizmetini değerlendirdiklerinde en çok ihtiyaç duyulan hizmetin zamanında ve doğru bir şekilde verilmesini önemsemektedirler. Denizli'de ASM' ne başvuran bireylerde yapılan başka bir çalışmada (2014); ASM' lerinin sunduğu hizmetin beklentileri karşılamadığı ve en büyük beklentinin güvenilirlik alt boyutunda olduğu görülmüştür. En düşük Servqual Skoru fiziksel özellikler (-1,20) ve en yüksek Servqual Skoru da güvenilirlik (-0,77) alt boyutunda elde edilmiştir (183). ASM' lerin fiziki donanım ve ekipman yönünden çok zayıf olduğu söylenebilir. Papanikolaou ve Zygiaris 2014 yılında Yunanistan'da birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda algılanan hizmet kalitesini ölçmek üzere yaptıkları çalışmada; en büyük beklentinin güvenilirlik ve en düşük beklentinin ise empati alt boyutunda olduğu belirtilmektedir. Algı ve beklenti arasındaki en büyük fark empati alt boyutunda (-1,30) görülmüş olup birinci basamak sağlık kuruluşlarının beklentileri karşılamadığı belirtilmektedir (-0,88). Yaş ve eğitim düzeyi arttıkça hizmet kalitesi beklentisi artmaktadır (184). Bu çalışmada ülkemizdeki çalışmalara benzer şekilde sağlık kuruluşlarının güvenilir olması en önemli kriter olarak göze çarpmaktadır. Brezilya'da kanser tarama programı kapsamında pap-smear ile test yapılan kadınların sağlık hizmetleri kalitesini

değerlendirdikleri bir çalışmada; sağlık çalışanlarının bilgili ve nazik olmalarını ifade eden hizmet kalitesinin güven alt boyutu en yüksek öneme sahip, empati boyutu ise en düşük öneme sahip hizmet kalitesi alt boyutu olarak belirtilmektedir. Beklentiler en az güven alt boyutunda, en fazla güvenilirlik alt boyutunda karşılanmıştır. Fakat buna rağmen tüm alt boyutlarda ve toplam hizmet kalitesi boyutunda sağlık tesislerine başvuran kadınların beklentileri karşılanmamıştır (185). Manuel Rincon-Gomez ve arkadaşları (2011), birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve birden çok kronik rahatsızlığı olan kişiler üzerinde algılanan hizmet kalitesini ölçmek üzere yaptıkları çalışmada; hizmet kalitesinin kabul edilebilir bir seviyede olduğu, bağımlı kronik hastaların desteklenmesi ve hastalar ile hizmet sunucuları arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ile algılanan sağlık hizmeti kalitesinin artacağını belirtmektedirler (186). Romanya’da Purcărea ve arkadaşlarının halk sağlığı hizmetlerinden faydalanan kadınlar üzerinde 2013 yılında yaptıkları çalışmada; hizmet kalitesinin tüm alt boyutlarında kadınların beklentilerinin karşılandığı ve hizmet kalitesi mükemmel olarak belirtilmektedir. Beklentiler en çok güvenilirlik alt boyutunda, en az fiziki özellikler alt boyutunda karşılanmıştır (90). Campos ve arkadaşları (2017) Brezilya’da halk sağlığı hizmetlerini kullanan hastalar ve hizmet sunumu yapan sağlık çalışanlarının algıladıkları hizmet kalitesini karşılaştırdıkları çalışmada; hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmektedirler (187). Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin ve gelir düzeyinin yüksek olması sağlık hizmetlerinden beklentilerini arttırmaktadır.

Akman ve Kopuz tarafından sağlık hizmetleri kalitesi konusunda yapılan sistemik derlemede (2020); hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda en yüksek beklentinin güvenilirlik alt boyutunda olduğu belirtilmiştir. Yaş azaldıkça ve eğitim düzeyi arttıkça güvenilirlik beklentisi artmaktadır. Aynı şekilde en yüksek algı düzeyi de güvenilirlik boyutunda elde edilmiştir. Bireyler sağlık hizmeti sunucularından, söz verdikleri hizmeti doğru, kaliteli ve zamanında vermelerini beklemektedirler. En düşük beklenti puanı empati ve fiziksel özellikler alt boyutlarında, en düşük algı düzeyinin ise fiziksel özellikler alt boyutunda olduğu görülmektedir. Kişiler, sağlık hizmeti alırken nicelikten çok niteliğe önem vermektedirler ve sağlık kuruluşlarının fiziki özellikleri daha az tatmin sağlamaktadır. Hizmet kalitesi boyutunda algı ile beklenti arasındaki en büyük fark fiziksel özellikler alt boyutunda görülmektedir (188). Şahinli ve Tarım’ ın yaptığı sistemik derleme analizinde; hastaların en fazla güvenilirlik alt boyutuna ve en

az fiziksel özellikler alt boyutuna önem verdikleri belirtilmektedir (189). İran’da sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirildiği bir meta analizde; tüm çalışmalarda algı boyutu puanının beklenti boyutunda düşük olduğu ve sağlık hizmetlerinden beklentilerin karşılanmadığı belirtilmektedir. Servqual alt boyutlarında en düşük puanın heveslilik alt boyutunda, en yüksek puanın ise empati ve fiziksel özellikler alt boyutlarında olduğu belirtilmektedir. İran’daki sağlık kuruluşları vatandaşların beklentilerini karşılamaktan uzaktırlar(190).

Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı kadar uygun hizmeti düşük maliyet ve etkili kanallar aracılığıyla almak kalite açısından önem arz etmektedir. Sağlık kuruluşlarının memnuniyeti sağlamak için vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetini, uygun ekipmanlarla, doğru bir şekilde, bilgili, kibar ve empati yeteneği olan personellerle hastalara yardımcı olacak şekilde en kısa sürede vermeleri gerekmektedir (21). Ruyter ve arkadaşları, sağlık hizmetinin, kolay, erişilebilir, düşük maliyetli olmasının bireyin algısını/memnuniyetini etkileyerek algıladıkları hizmet kalitesinin yüksek olmasına etki edeceğini belirtmektedirler (191).

Vatandaşların ve ülkelerin ekonomik durumunun kötüleşmesi sağlık hizmetlerine olan talebi azalttığı gibi sağlık kuruluşunun teknik (donanım, ekipman, personel) kalitesinden memnun olma düzeyini de düşürmektedir (192). Bunun yanında sağlık tesislerinde modern ekipman ve teknolojik yöntemlerin kullanılması hizmet kalitesini artırıcı etki gösterir. Örneğin; Ürdün’de elektronik sağlık kayıt sistemi kullanan bir hastane ile evrak kâğıt tabanlı (-,34) bir sistem kullanan hastaneye başvuranların algılanan hizmet kalitesinin ölçüldüğü çalışmada (2019); genel anlamda hizmet kalitesi vatandaşların beklentilerini karşılamamış fakat elektronik kayıt sistemi kullanan hastanede hizmet kalitesi puanı (-,13) daha yüksek çıkmıştır. Elektronik kayıt sistemi kullanan hastanede en yüksek beklenti heveslilik boyutunda, en düşük beklenti ise empati boyutunda oluşmuştur. Bunun yanında kâğıt kayıt sistemi kullanan hastanede en büyük beklenti empati alt boyutunda, en düşük beklenti ise güvenilirlik ve güven alt boyutunda bulunmuştur. Kullanılan dökümantasyon sistemi kişilerin kalite algısını etkilemektedir (193).

Algılanan hizmet kalitesini, kronik hastalık varlığı, anksiyete gibi faktörler etkilemektedir. Kronik hastalık varlığında bireyin kontrol ve tedavi amacıyla sağlık kurumlarını ziyaret etme sıklığı artmakta ve bireyin sağlık hizmeti beklentisi

değişmektedir. Aynı şekilde bireyin içerisinde bulunduğu ruhsal durum sağlık hizmetlerinden beklentisini ve sağlık hizmetini algılamasını etkilemektedir. Görme kusuru olan göz hastalarının lazerli ameliyat hizmetlerinin kalitesini değerlendirdikleri bir çalışmada; sağlık kuruluşunun hizmet kalitesinin beklentileri karşılamadığı ve eğitim düzeyi yükseldikçe hasta algılarının düştüğü belirtilmektedir (194). Patra ve arkadaşları (2020), birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran diyabet hastalarında depresyonun yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermişlerdir. Depresyon sağlığın ruhsal boyutunu etkilediği gibi fiziksel ve sosyal boyutunu da olumsuz etkilemekte ve hizmet kalitesinin düşük algılanmasına sebep olmaktadır (195).

Kişilik özellikleri, bireyin genetik ve çevresel kazanımları, tercihlerinin sentezi olup sağlığı etkilemektedir. Sosyal, iletişime açık, duygusal olarak tutarlı, konuşkan ve duyarlı olan bireylerin zihinsel ve sosyal iyilik hali olumlu olmaktadır. Bunun yanında olumlu sağlık davranışları ile de bedensel iyilik halini koruyup sürdürebilir. Fakat asosyal, içe kapanık, duygusuz, kaygılı, ani tepkiler veren bireylerin sosyal ve ruhsal iyilik hali söz konusu olmamaktadır. Bu durumu bireyin sağlığını olumsuz etkilediği gibi sağlık hizmetlerinden beklenti ve algısını da etkilemektedir. Örneğin; İtalya'da Zarbo ve arkadaşlarının 2015 yılında Multiple Skleroz (MS) hastalarında yaptıkları çalışmada; kişilik özelliklerinin sağlıkla ilgili algılanan yaşam kalitesini etkilediğini belirtmektedir. Nörotizm ve dışa dönüklük puanları yüksek olanların sağlıklı yaşam algısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (196). Gountas (2007) kişilik yönelimleri ve duygusal durumların müşteri memnuniyeti üzerine yaptığı çalışmada; farklı kişilik yapılarının, olumlu veya olumsuz duygu durumunun, algılanan hizmet memnuniyetini ve tekrar tercih etme durumunu etkilediğini ortaya koymuştur (197). Olumlu duygu durumu, hizmet kalitesinden memnun olma düzeyini arttırmaktadır. Kocabulut ve Albayrak, ruh hali ve kişilik özelliklerinin, algılanan hizmet kalitesini ve memnuniyet düzeyini etkilediğini belirtmektedirler (198).

5.5 Sonuç ve Öneriler

Sağlıkla ilgili duygu, düşünce, inanç, ön yargı ve beklentilerin sübjektif bir sentezi olan sağlık algısı, bireyin kendi sağlık durumunu idrak etmesi ve değerlendirmesidir. Diğer bir ifade ile bireyin, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden ne kadar iyi olduğunu algılaması ve ifade etmesidir. Kişinin sağlık durumunu algılama şekli, inançları, düşünceleri; sağlık sorumluluklarını, sağlıkla ilgili tutum ve

davranışlarını etkiler. Sağlık tutum ve davranışları da bireyin iyilik halini etkiler. Sağlıklı yaşam davranışları, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunmasını amaçlayarak sağlık algısının geliştirilmesi ile sağlıklı bir yaşam sürdürülmesini hedeflemektedir.

Sağlık algısı; bireyin duygu, düşünce, inanç ve beklentileriyle birlikte yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma şartları, kronik hastalık, ruh sağlığı ve arkadaşlık ilişkileri gibi birçok kişisel faktörden etkilenmektedir. Bunun yanında, insanın yaşamı boyunca meydana gelen değişiklikler (eğitim, meslek, yaşam alanı, yaşlılık, kronik hastalık), toplumsal, kültürel gelişmeler, yaşanan fiziksel ve sosyal çevre, bireyin sağlığını algılama biçimini ve olumlu sağlık davranışları sergilemesini etkiler. Sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi bireyin sağlık algısını ve dolayısıyla sağlıklı olma halini etkiler. Sağlık algısı iyi olan bireyler daha sağlıklı ve huzurlu bir hayat sürerler.

Kişilik, insanın doğuştan getirdiği birtakım özellikler, içinde yaşadığı fiziki ve sosyal çevre ile bağımsız bir birey olmasını belirleyen fiziksel, zihinsel ve ruhsal yapısından oluşan soyut bir kavramdır. Kişilik, kalıtsal ve yapısal faktörlerin dengeli, uyumlu birlikteliği ile meydana gelen, ömür boyu süren dinamik bir süreçtir. Bireyin büyürken edindiği kazanımlar, zihinsel kapasitesi, sahip olduğu duygu ve düşünceler, sosyal ilişkileri, fiziki görünümü, inanç, değer yargıları, tutum ve davranışları kişiliği oluşturan etkenlerdir. Kişilik; bireye has, onu diğer insanlardan ayırt eden zihinsel ve duygusal nitelikler ile spesifik davranışlardır.

Kişilik özellikleri; bireyin kalıtsal (mizaç), yapısal (karakter, fiziki görünüm) ve zihinsel özelliklerinden meydana gelip, bireyin şahsına özgü, dinamik ve birbirlerini destekleyen tutarlı bir bütünlük oluşturmasıyla kişiliği meydana getirirler. Kişilik; bireyin bedensel, duygusal ve zihinsel durumunu duygu, düşünce, tutum ve davranışlarla somut hale getiren, tutarlı sistematik bir yapıya sahiptir. Bu yapı, bireyin çevresi ile uyumlu bir yaşam sürdürmesini sağlar.

Kişilik özellikleri farklı olan bireylerin sağlık ve hastalık algılamaları da farklı düzeyde olmaktadır. Hastalık ve sağlık kavramlarının algılanmasında ve değerlendirilmesinde kişilik özellikleri, belirleyici niteliğe sahiptir. Kişilik özellikleri farklı olan bireylerin sağlık algıları farklı olduğu için sağlıkla ilgili karar ve davranışları da değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması önemlidir.

Dünyada meydana gelen sosyal ve toplumsal değişimler, teknolojik gelişmeler ile müşteri beklenti ve tutumlarının değişmesi, rekabet şartları, ekonomik maliyetlere önem verilmesi gibi faktörler hizmet sektörlerinde kalitenin önemini arttırmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinde de kalite konusunu önemli hale getirmiştir. Günümüzde özel sağlık işletmelerinin sayısı giderek artmakta ve bu işletmeler diğer işletmeler ile rekabet etmek, tercih edilmek için hizmet kalitesine ve müşteri memnuniyetine daha fazla önem vermektedirler. Bunun yanında kamu sağlık tesisleri de çağın gereklerine uygun olarak vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadırlar.

Sağlık işletmelerinde verilen hizmetin teknik ve fonksiyonel boyutu sunulan sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen unsurlardır. Teknik kalite, tıbbi yöntem, teknik ve uygulamaların prosedürlere ne kadar uygun yapıldığını ifade eder ve bunu yetkin kişiler anlayıp değerlendirmektedir. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, hastalar tarafından değerlendirilemediği için fonksiyonel kalite önemli hale gelmektedir. Fonksiyonel kalite, bireyin teknik kalite ve hizmet sürecini nasıl algıladığını ifade eder. Fonksiyonel kalite ile bireyler, sağlık kurumunun sunduğu hizmeti değerlendirip tekrar tercih etme ve başkalarına önerme durumunu ortaya koyarlar. Bu noktada sağlık kurumlarının fonksiyonel kalitesinin düzeyini belirlemek için, sağlık kurumlarına başvuran bireylerin, algıladıkları hizmet kalitesini ölçmek ve değerlendirmek gerekmektedir.

Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesini ölçmek için yapılan bilimsel çalışmalar genelde hizmet sunumu yapan sağlık kuruluşunun fonksiyonel kalitesini ortaya koymaktadır. Hizmet alan bireylerin teknik kaliteyi olumlu algılamaları, sağlık kuruluşunun fonksiyonel kalitesinin iyi olduğunu ve hizmet talebinde bulunanların beklentilerinin karşılandığını gösterir.

Sağlık hizmetlerinde hizmeti alan kişi boyutunda algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Bu durum algılanan hizmet kalitesini sadece hizmet sunan kuruluşun fonksiyonel boyutuna indirgemektedir. Böylece algılanan hizmet kalitesini sadece hizmet sunan kuruluş boyutuyla değerlendirmektedir. Oysaki sağlık hizmeti talep eden bireyin sağlık algısı ve kişilik özelliklerinin, bireyin sağlık durumunu algılamasını, değerlendirmesini, sağlıklı yaşam davranışı arayışını ve iyilik halini etkilediği bilinmektedir. Bireyin sağlık durumunu etkileyen sağlık algısı ve kişilik özelliklerinin, sağlık hizmetlerini algılama ve memnun olma düzeyini de etkilemesi beklenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini ölçmek üzere yapılan bu çalışma, ülkemizde sağlık algısı ve kişilik özelliklerinin algılanan hizmet kalitesine etkisini birlikte inceleyen oldukça kapsamlı bir çalışmadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireyleri konu alan çalışmamızda, yaş ortalaması yüksek olup $48,21 \pm 11,75$ yıl olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %48,2'si 50 üstü yaş grubundadır. Kadınlar birinci basamak sağlık kuruluşlarına daha çok başvurmalarına rağmen araştırmaya katılma oranları (%12,9) erkeklere göre (%31,6) daha düşüktür. Araştırma katılanların %52'si (239 kişi) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, %84,1'i (387 kişi) il merkezinde ikamet etmekte, %48,7'si (224 kişi) herhangi bir işte çalışmamakta ve %89,1'i (411 kişi) sağlık güvencesine sahiptir. Araştırma grubumuz, ağırlıklı il merkezinde ikamet etmesine rağmen eğitim düzeyi düşük tespit edilmiştir.

Araştırmamızda, SAÖ ortanca değeri 44 bulunmuştur. Bu değer, yaş ortalaması ve eğitim durumuna göre literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında yüksek olarak nitelendirilebilir.

60 yaş üstü grupta yer alan bireylerin, diğer tüm yaş gruplarına göre sağlığın kontrolü noktasında kendilerini merkezde görme, sağlığını korumak için kesin bir fikre sahip olma ve SAÖ puanları anlamlı olarak düşük, buna karşın sağlıklı beslenme ve fiziksel egzersiz ile sağlığını koruyacağına dair öz farkındalık düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir.

Cinsiyete, medeni duruma, ikamet yerine ve sağlık güvencesi durumuna göre SAÖ ve alt faktör puanlarında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin, kontrol merkezi ($p < 0,001$), kesinlik ($p < 0,001$) alt faktörleri ile SAÖ puanları ($p < 0,001$) daha yüksek, öz farkındalık ($p < 0,001$) ve sağlığın önemi ($p: 0,002$) alt faktör puanları ise anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin, sağlığın şans ve kader gibi faktörlere bağlı değil kendi kontrolünde olduğuna dair inancı, sağlığını korumak için kesin bir fikir sahibi olma durumu ve sağlığı algılama düzeyi artmaktadır. Fakat bireyin sağlığına önem verme ve dengeli beslenme, fiziksel egzersiz ile sağlıklı olacağına dair öz farkındalığı eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır.

Çalışan grupta yer alan bireylerin, sağlığın kontrolü noktasında kendilerini daha fazla merkezde gördükleri ($p: 0,004$), fiilen çalışmayanların ise çalışanlara göre sağlıklarına daha fazla önem verdikleri ($p: 0,004$) tespit edilmiştir.

EKA-GGK ile kişilik özellikleri incelenmiş ve araştırma grubumuzda, dışa dönüklük alt boyut ortanca değeri; 4, nörotizm alt boyut ortanca değeri; 2, psikotizm alt boyut ortanca değeri; 2,65 ve yalan alt boyut ortanca değeri; 5 tespit edilmiştir. Katılımcıların, dışa dönüklük ve nörotizm alt boyutlarında literatürdeki çalışmalara göre daha düşük, psikotizm ve yalan alt boyutlarında ise daha yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir.

Yaş gruplarına göre kişilik özellikleri incelendiğinde; dışa dönüklük ($p<0,001$) ve nörotizm ($p<0,001$) alt boyutlarında 18-30 yaş grubunda yer alanların diğer yaş gruplarına göre, psikotizm ($p:0,001$) alt boyutunda 18-30 yaş grubunda yer alanların 40 yaş üstü grupta yer alanlara göre ve yalan ($p:0,002$) alt boyutunda ise 31-40 yaş grubunda yer alan kişilerin 40 yaş üstü bireylere göre anlamlı olarak yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe hem dışa dönüklük (aktif, heyecanlı, sosyal, konuşkan, girişimci) hem de psikotizm (duyarsız, soğuk, mesafeli, asosyal, bencil) kişilik özellikleri azalmaktadır. Ayrıca araştırma grubunda yer alan yaşlıların gençlere göre duygusal olarak daha tutarlı ve daha az ani tepkiler verme eğiliminde oldukları söylenebilir. 31-40 yaş grubu 40 yaş üstü gruba göre gerçekleri daha fazla gizleme eğilimindedirler.

Cinsiyete göre kişilik özellikleri incelendiğinde; nörotizm alt boyutunda ($p<0,001$) literatür ile uyumlu olarak kadınların, psikotizm alt boyutunda ($p:0,004$) ise literatürün tersi yönde yine kadınların anlamlı olarak yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Kadınlar erkeklere göre daha soğuk, mesafeli, duyarsız, kaygılı, depresif ve aşırı tepkiler vermektedirler.

Medeni duruma göre kişilik özellikleri incelendiğinde; psikotizm ($p:0,007$) alt boyutunda bekarların evlilere göre anlamlı olarak daha yüksek aldıkları tespit edilmiştir. Araştırma grubundaki bekarların evlilere göre daha asosyal kişilik özellikler ve mesafeli, duyarsız, bencil davranışlar sergiledikleri söylenebilir.

İkamet yerine ve çalışma durumuna göre kişilik özellikleri alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Eğitim durumuna göre kişilik özellikleri incelendiğinde; dışa dönüklük ($p:0,001$), nörotizm ($p:0,025$) ve yalan ($p:0,009$) alt boyutlarında yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre anlamlı olarak yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Araştırmamızda, yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre

daha sosyal, konuşkan, iletişime açık, girişken oldukları kadar kaygılı, huzursuz, depresif, ani tepkiler veren yapıları vardır. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanların gerçekleri gizleme eğiliminin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık güvencesi durumuna göre kişilik özellikleri incelendiğinde; sağlık güvencesi olmayanların, nörotizm ($p<0,001$) ve psikotizm ($p:0,001$) alt boyutlarında, sağlık güvencesi olanların ise yalan ($p<0,001$) alt boyutunda anlamlı olarak yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Sağlık güvencesi olmayanlar olanlara göre, soğuk, mesafeli, asosyal, güvensiz ve endişeli, sinirli, depresif tutum ve davranışlar sergileme, sağlık güvencesi olanlar da olmayanlara göre daha çok gerçekleri gizleme eğilimindedirler.

Algılanan hizmet kalitesini ölçmek için araştırmada Servqual Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma grubumuzda, en yüksek beklenti puanı güven alt boyutunda (3,74), en düşük beklenti puanı ise fiziksel özellikler alt boyutunda (3,53) tespit edilmiştir. Benzer şekilde en yüksek algı puanı güven alt boyutunda (3,78) ve en düşük algı puanı fiziksel özellikler alt boyutunda (3,17) elde edilmiştir. Alt boyut skorları sırasıyla; fiziksel özellikler, -0,2, güvenilirlik, 0,025, heveslilik, 0,015, güven, 0,04 ve empati, 0,025 olarak tespit edilmiştir. Fiziksel özellikler alt boyutu skoru negatif (-) diğer tüm alt boyut skorları ise (+) çıkmıştır. Araştırma grubunun fiziksel özellikler haricinde diğer tüm alt boyutlarda beklentileri karşılanmıştır.

Araştırmamızda, Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru; -0,02 tespit edilmiştir. Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerine başvuran bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi sayısal olarak negatif çıktığı için beklentileri karşılamaktan uzak olarak yorumlanabilir. Fakat Servqual Skoru Sıfır (0)'a çok yakın bir değer olduğu için Bingöl Merkez TSM'nin sunduğu sağlık hizmetlerinin tatmin edici olduğu ve vatandaşların beklentilerinin asgari düzeyde karşılandığı söylenebilir.

Yaş grubu, ikamet yeri, çalışma durumuna göre Servqual Ölçeği ve alt boyut skorları incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre algılanan hizmet kalitesi Servqual Ölçeği alt boyut skorları incelendiğinde; güven alt boyutunda ($p: 0,048$) kadınların erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre KETEM ve VSD çalışanlarına daha çok güven duymaktadırlar.

Medeni duruma göre algılanan hizmet kalitesi Servqual Ölçeği alt boyut skorları incelendiğinde; güven alt boyutunda ($p: 0,020$) evlilerin bekarlara göre anlamlı olarak

daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Evliler bekarlara göre KETEM ve VSD çalışanlarına daha çok güven duymaktadırlar.

Eğitim durumuna göre algılanan hizmet kalitesi Servqual Ölçeği alt boyut skorları incelendiğinde; fiziksel özellikler alt boyutunda (p: 0,010) yüksekokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları görülmektedir. Araştırma grubunda, eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmeti almak üzere Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerine başvuran bireylerin, KETEM ve VSD binalarının fiziki yapısı, ekipmanları ve çalışan personelin görünümünden memnun olma durumu azalmaktadır.

Sağlık güvencesi durumuna göre algılanan hizmet kalitesi Servqual Ölçeği alt boyut skorları incelendiğinde; empati alt boyutunda (p: 0,041) sağlık güvencesi olanların anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Sağlık güvencesi olanlar, sağlık güvencesi olmayanlara göre KETEM ve VSD çalışanlarının kendilerine daha duyarlı davrandıklarını düşünmektedirler.

Bağımsız değişkenler olan EKA - GGK, SAÖ ve sosyo-demografik özelliklere göre algılanan hizmet kalitesini tahmin etmek için kurulan lojistik regresyon analizinde model uyumunun iyi olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden sadece SAÖ alt faktörlerinden kontrol merkezi (p:0,000) ve sağlığın önemi (p:0,008) alt faktörlerinin modele anlamlı katkı yaptığı bulunmuştur. Kontrol merkezi puanları arttıkça algılanan hizmet kalitesinin beklentiyi karşılamama ihtimali 1,11 kat, sağlığın önemi puanları arttıkça algılanan hizmet kalitesinin beklentiyi karşılamama ihtimali 1,16 kat artmaktadır. Kişilerin, sağlığın kontrolü noktasında kendilerini merkezde görme, sağlığına önem verme derecesi arttıkça sağlık kuruluşundan hizmet kalitesi beklentileri artmaktadır. Araştırma grubundaki bireylerin, sağlıklarını şans, kader gibi faktörlerle ilişkilendirme ve sağlığın kontrolü noktasında kendisini merkezde görme durumu, sağlıklarına önem verme dereceleri arttıkça Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD birimlerinden beklentileri artmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında, vatandaşın ihtiyaç duyduğu hizmetin, istekli, bilgili, tecrübeli, ilgili ve özenli çalışanlar aracılığı ile en kısa sürede ve doğru bir şekilde verilmesi çok önemlidir. Bununla beraber sağlık hizmeti veren tesisin fiziki yapısının ve kullanılan ekipmanların temiz, yeni, göze hitap etmesi de hizmeti kalitesi açısından en az diğer faktörler kadar önemlidir. Nitekim Bingöl Merkez TSM KETEM ve VSD

birimlerinin hizmet binalarının çok eski olması, görüntü olarak kötü olması araştırma grubunun hizmet kalitesi algısını ciddi anlamda olumsuz etkilemiştir.

Çalışmamızda, hizmet kalitesinin fiziksel özellikler alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarında vatandaşların beklentileri karşılanmıştır. Fakat fiziksel özellikler alt boyutunda vatandaşların beklentileri karşılanmadığı gibi algılanan hizmet kalitesi düzeyi çok düşük olduğu için Eşit Ağırlıklı Servqual Skoru'nun negatif (-) çıkmasına neden olmuş ve toplam hizmet kalitesinin beklentilerin altında kalmasına sebebiyet vermiştir.

Ulusal Kanser Tarama ve Tüberküloz Kontrol Programları, birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum sağlık düzeyi hakkında bilgi veren ve toplum sağlığının korunup geliştirilmesi için önemli olan konu başlıklarıdır. Bu programların rehber ve standartlar çerçevesinde yürütülmesi, Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlükleri'nin bunu denetlemesi gerekmektedir. Bunun yanında hedefler doğrultusunda programların etkililiğinin ve kalitesinin düzenli olarak kontrol edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması KETEM ve VSD birimlerinin tercih edilirliliği için mutlaka gerçekleştirilmelidir.

KETEM ve VSD birimlerinin, hizmet bölgelerinde toplumun tamamını kapsayacak şekilde farkındalık eğitimleri vermeleri söz konusu programların başarısı için kritik öneme sahiptir. KETEM ve VSD birimlerinde istihdam edilecek personellerin niteliği, birimlerde kullanılacak araç-gereç ve ekipmanların yeterli sayıda ve uygun nitelikte olması sunulan hizmetin kalitesini etkiler.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular ve tartışma bölümünde yapılan değerlendirmeler neticesinde öneriler şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık hizmetleri; içinde modern ekipmanların olduğu, fiziksel yapı olarak yeni ve görsel açıdan vatandaşları tatmin eden tesislerde sunulmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteli sunum için fiziksel özelliklerin iyi olmasının yanında vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinin nitelikli, iletişimi güçlü ve yeterli sayıdaki sağlık personeli aracılığıyla doğru bir şekilde ve zamanında verilmesi gereklidir. Bunun için yeterli sayıda ve nitelikli sağlık çalışanının istihdam edilmesi önem arz etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, aynı tesis içerisinde vatandaşın tüm ihtiyaçlarını (eğitim, danışmanlık, muayene, laboratuvar, görüntüleme) karşılayacağı organizasyonel yapıya büründürülmelidir. Bu amaçla SHM' lerinin tüm ülkede çapında kurulması, sundukları nitelikli hizmetin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlar, hizmet talebinde bulunan vatandaşların sağlık durumlarını kişilerin anlayabilecekleri bir dille anlatmalı, vatandaşların seçenekler konusunda fikirleri alınarak tedavi sürecine katılmaları sağlanmalıdır.

Kişilik özellikleri farklı olan bireylerin sağlık hizmeti taleplerini asgari düzeyde karşılayabilecekleri etkili iletişim kanalları ve destek mekanizmaları sağlanmalıdır.

Bireylerin, yaşadıkları yer ve sosyoekonomik düzeyleri sağlık hizmetlerine erişimlerini etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, iller ve/veya bölgeler arası farklılıklar göz önünde bulundurularak planlanmalı ve sunulmalıdır.

Sağlık hizmetleri güncel kalite standartları çerçevesinde yürütülmeli, düzenli olarak çalışan ve hasta memnuniyeti araştırmaları yapılmalı, kalite politikaları çerçevesinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Ülkedeki sağlık politikaları, koruyucu sağlık hizmetleri temelli ve birinci basamak sağlık hizmetleri odaklı gerçekleştirilmelidir.

Toplumdaki bireylerin sağlık durumuna doğrudan ve dolaylı etkileri ile kritik bir noktada bulunan TSM ve bağlı birimlerinin işlevi göz önünde bulundurularak Toplum Sağlığı Merkezlerine daha çok önem verilmeli birinci basamak sağlık hizmetlerindeki rolü yeniden kurgulanmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi düzeyi ve uygulamada mevcut olan sorunları tespit etmek ve gerekli iyileştirme çalışmalarını yapmak için saha araştırmaları kamu olanaklarıyla belirli aralıklarla yapılmalıdır.

Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltecek sağlık eğitimi çalışmaları çocukluk çağından başlanarak yapılmalıdır.

Toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişilere sağlıklı yaşam davranışları kazandırma çalışmaları yapılmalı ve ihtiyaç duyulan olanaklar sunulmalıdır.

Benzer çalışmaların birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık tesislerinde yapılması için gerekli imkanlar sağlanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Tulchinsky T, Varavikova E. The New Public Health. 3rd Edit. San Diego: Academic Press; 2014.
2. White MP, Elliott LR, Gascon M, Roberts B, Fleming LE. Blue space, health and well-being: A narrative overview and synthesis of potential benefits. Environ Res [Internet]. 2020;191(August):110169. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110169>
3. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y AK. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(11):95–115.
4. Ziersch A, Miller E, Baak M, Mwanri L. Integration and social determinants of health and wellbeing for people from refugee backgrounds resettled in a rural town in South Australia: a qualitative study. BMC Public Health. 2020;20(1):1–17.
5. Wilkinson, Richard Michael M. Social Determinant of Health-The Solid Facts. 2nd Editio. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Copenhagen: WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2003.
6. Bonita, R Beaglehole, R Kjellström T. Basic epidemiology. 2nd editio. WA: World Health Organization; 2006. 226 p.
7. Şanlı D, Platin N. The effect of biomedical model on nursing. Int J Hum Sci. 2015;12(2):897–908.
8. Hamzaoglu O. Sağlık nedir? Nasıl tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim. 2010;25(6):403–10.
9. Arun Ö, Holdsworth JK. Integrated social and health care services among societies in transition: Insights from Turkey. J Aging Stud [Internet]. 2020;53(May):100850. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100850>
10. Güler, Ç Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı. Güler Çağatay AL, editor. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.
11. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri: 1978-2018. Edirne: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER); 2018. 51 p.
12. Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık

- Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Med J. 2015;15(1):26–31.
13. Akdağ R. İlerleme raporu: Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. Aydın, Sabahattin Demirel H, editor. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.
 14. Akdur, Recep Çöl, Meltem Işık A. Halk Sağlığı. Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar; 1998. 1–211 p.
 15. Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. Int J Equity Health [Internet]. 2016;15(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>
 16. WHO. Training of the physician for family practice. Geneva: World Health Organisation; 1963. 257 p.
 17. Kavuncubaşı, Ş Yıldırım S. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. 5. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2018.
 18. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. Health Serv Res [Internet]. 1992;26(6):767–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1737708><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1069855>
 19. Pena MM, Maria E, Maria D, Tronchin R, Melleiro MM. The use of the quality model of Parasuraman , Zeithaml and Berry in. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(5):1227–32.
 20. Deveci, N Aksaraylı M. Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2003;5(1):38–54.
 21. Berry LL, Parasuraman A, Zeithaml VA. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retail. 1988;64(1):12–40.
 22. Hendekci A, Kadiroğlu T. The Perception of Health and Cyberbullying Sensitivity in Adolescents. MBSJHS. 2020;6(1):18–23.
 23. Perkins AM. The welfare trait: Hans Eysenck, personality and social issues. Pers Individ Dif [Internet]. 2016;103:172–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.003>

24. Kadioğlu, H Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği ' nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2012;32(1):47–53.
25. Bademli K, Lök N. Relationship Between the Health Perception and Physical Activity of Individuals. *Turkish J Sport Exerc*. 2018;20(3):127–31.
26. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(SUPPL. 2):19–31.
27. Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities. *Eur J Epidemiol*. 2017;32(7):537–46.
28. Karancı A, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi -Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 2007;18(3):254–61.
29. Rubin AM. Personality traits. Third Edition, editor. *Communication Research Measures II: A Sourcebook*. New York: Cambridge University Press; 2009. 467–472 p.
30. Özsoy E, Yıldız G. Kişilik Kavramının Örgütler Açısından Önemi: Bir Literatür Taraması. *İşletme Bilim Derg*. 2013;1(2):1–12.
31. Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD, Lutz J, Dadaczynski K. Organizational health literacy in facilities for people with disabilities: First results of an explorative qualitative and quantitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2–29.
32. Bayat AH. Tıp Tarihi. Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği. İstanbul; 2016.
33. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Derg*. 2014;(3):73–92.
34. Cox A, Brewster L. Library support for student mental health and well-being in the UK: Before and during the COVID-19 pandemic. *J Acad Librariansh* [Internet]. 2020;46(6):102256. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acalib.2020.102256>
35. Ömer A. Tam iyilik hâli mümkün mü? *SD Derg*. 2019;50:90–1.
36. Gu N. The effects of neighborhood social ties and networks on mental health and well-being: A qualitative case study of women residents in a middle-class Korean urban neighborhood. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;265:113336. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113336>
37. Kim ES, Chen Y, Kawachi I, VanderWeele TJ. Perceived neighborhood social

- cohesion and subsequent health and well-being in older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Heal Place* [Internet]. 2020;66(August):102420. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102420>
38. Gottlieb N, Schülle M. An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2020;09(009):1–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020302608>
 39. Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H, Salvador-Carulla L. International experiences of the active period of COVID-19 - Mental health care. *Heal Policy Technol* [Internet]. 2020;9(4):503–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.016>
 40. Shieh Y, Eklund M, Sawaya GF, Black WC, Kramer BS, Esserman LJ. Population-based screening for cancer: Hope and hype. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13(9):550–65.
 41. Yılmaz M. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algıları İle Fiziksel Aktivite Düzeyleri. *J Hum Rhythm*. 2019;5(4):323–38.
 42. Bruine de Bruin W, Bennett D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *Am J Prev Med*. 2020;59(2):157–67.
 43. Çetinkaya, A Cankurtaran, D Önat G. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Algıları ve Sağlığı Geliştirme Davranışları. *J Heal Sci Prof*. 2019;6(3):564–74.
 44. Kahraman, N Düzcü, T Sancar, O Özdemir E. Identifying health perception of students of health programs at community college and comparing them with the ones of students of other programs. *JMHM*. 2013;1(1):63–70.
 45. Yıldız S. Yetişkinlerde şişmanlığın yaşam kalitesi ve sağlık algısına etkisi. Erciyes Üniversitesi; 2016.
 46. Çapık C. Yoksul Ve Yoksul Olmayan kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2006.
 47. Çabuk Ç. 60 yaş üstü bireylerin yaşam doyumu, sağlık algısı ve boş zaman aktivite tercihlerinin incelenmesi yüksek lisans tezi. Mersin Üniversitesi; 2019.
 48. Hossain S, Anjum A, Hasan MT, Uddin ME, Hossain MS, Sikder MT. Self-perception of physical health conditions and its association with depression and anxiety among Bangladeshi university students. *J Affect Disord*. 2020;263(November 2019):282–8.

49. Oral B. Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Erciyes Üniversitesi; 2018.
50. Yılmaz DU, Dereli F, Tuncali SH, Karatekin D. The relationship between health sciences students' perceptions of health news and their attitudes to using complementary and alternative medicine. *Complement Ther Med* [Internet]. 2020;52(May):102441. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102441>
51. Dibb B. Social media use and perceptions of physical health. *Heliyon* [Internet]. 2019;5(1):e00989. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00989>
52. Soriano E, Ruíz D, Cala VC. Perception of Health and Healthcare amongst Senegalese Immigrants in Andalusia. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2017;237(June 2016):70–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.028>
53. Bussière C, Sirven N, Tessier P. Does ageing alter the contribution of health to subjective well-being? *Soc Sci Med*. 2021;268(October 2020).
54. Özdemir B. Sağlık algısı ve sağlık kullanım ilişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Beykent Üniversitesi; 2018.
55. Tekin M. Üniversite öğrencilerinin kişilik özelliklerine göre psikolojik yardım alma tutumları. Ondokuzmayıs Üniversitesi; 2014.
56. Türker G. Sigara Bağımlılarında Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2015.
57. Ruch W, Heintz S, Gander F, Hofmann J, Platt T, Proyer RT. The long and winding road: A comprehensive analysis of 50 years of Eysenck instruments for the assessment of personality. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2020;(April):110070. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110070>
58. Uzun Ö. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi, İç ve Dışa Dönük Kişilik Özellikleri ve Okul Başarı Durumu. Üsküdar Üniversitesi; 2016.
59. Şentürk F. Etik Liderliğin Belirleyicileri Olarak Kişilik, Örgüt Kültürü ve Dini Yönelim: Antalya'daki Dört ve Beş Yıldızlı Otellerde Bir Uygulama. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Derg*. 2017;14(3):186–206.
60. Sarıcaoğlu H, Arslan C. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojikliği Olma Düzeylerinin Kişilik Özellikleri Ve Öz-Anlayış Açısından İncelenmesi. *Kuram*

- ve Uygulamada Egit Bilim. 2013;13(4):2097–104.
61. Yılmaz C. Bireylerin yaşamda anlam düzeyleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin mesleklerine göre incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
 62. İmsal E. Öğretmenlerin kişilik özellikleri ile değer tercihleri arasındaki ilişki. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2019.
 63. Çelik M. Türkçe öğretmeni adaylarının kişilik özellikleri ve meslek kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2017.
 64. Zajenkowski M, Jonason PK, Leniarska M, Kozakiewicz Z. Who complies with the restrictions to reduce the spread of COVID-19?: Personality and perceptions of the COVID-19 situation. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2020;166(May):110199. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110199>
 65. Stephan Y, Sutin AR, Luchetti M, Hognon L, Canada B, Terracciano A. Personality and self-rated health across eight cohort studies. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;263(June):113245. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113245>
 66. Gilberto JM, Davenport MK, Beier ME. Personality, health, wealth, and subjective well-being: Testing a integrative model with retired and working older adults. *J Res Pers* [Internet]. 2020;87:103959. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103959>
 67. Seyrek Ö, Ersanlı K. Üniversite öğrencilerinde yaşamın anlamı ile psikolojik esneklik arasındaki ilişki. *Int Period Lang Lit Hist Turkish or Turkic*. 2017;12(4):143–62.
 68. Ulucan, H Bahadır Z. Haltercilerin Kişilik Özelliklerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi. 2011;5(2):175–83.
 69. Yılmaz S. Depresyonda bedensel belirtilerle nörotisizm ve aleksitimi ilişkisinin incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi; 2020.
 70. Bilen B. Psikopatolojik belirtilerin; kişilerarası ilişki tarzları ve temel kişilik tipleri yönünden incelenmesi. Işık Üniversitesi; 2019.
 71. İnanç, B Yerlikaya E. Kişilik Kuramları. 6. Edisyon. Ankara: Pegem Akademi; 2012.
 72. Almiro PA, Moura O, Simões MR. Psychometric properties of the European Portuguese version of the Eysenck Personality Questionnaire - Revised (EPQ-R).

- Pers Individ Dif [Internet]. 2016;88:88–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.050>
73. Netter P, Hennig J, Munk AJ. Principles and approaches in Hans Eysenck's personality theory: Their renaissance and development in current neurochemical research on individual differences. Pers Individ Dif [Internet]. 2020;(March):109975. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109975>
 74. Çetintaş Ö. Evli bireylerin evlilik çatışması, kontrol odağı ve kişilik özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2019.
 75. Tunç, E Kaygas Y. No Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Kişilerarası İlişki Tarzları ve Psikolojik Eğilimlerinin İncelenmesi. Uşak Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2016;9(2):53–78.
 76. Yıldız, M Bulut M. Ölüm Kaygısı İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkiler. Turkish Stud. 2015;12(13):659–76.
 77. Yıldızoğlu H, Burgaz B. Okul Yöneticilerinin Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Çatışma Yönetimi Stili Tercihleri Arasındaki İlişki. H U J Educ. 2014;29(2):295–310.
 78. Maragakis A. Eysenck Personality Questionnaire-Revised. In: The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences [Internet]. Wiley; 2020 [cited 2020 Nov 17]. p. 283–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119547167.ch119>
 79. Costa P, McCrae R. Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. J Pers Assess. 1995;64(1):21–50.
 80. Sudak M, Zehir C. Kişilik Tipleri , Duygusal Zeka , İş Tatmini İlişkisi Üzerine Yapılan Bir Araştırma. 2013;11(22):141–65.
 81. Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., ... Korenstein D. Evidence for Overuse of Medical Services Around the World Shannon. Lancet. 2017;390:156–68.
 82. Türk Tabipleri Birliği. Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2011. 72 p.
 83. Ayano G. Significance of mental health legislation for successful primary care for mental health and community mental health services: A review. African J Prim Heal Care Fam Med. 2018;10(1):1–4.

84. Altın A. Kamu hizmetlerinde kalitenin Servqual yöntemi ile ölçülmesi: Kamu sağlık kurumlarına yönelik bir uygulama. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2016.
85. Ayaz B. Psiko-sosyal rehabilitasyon. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Uzaktan Eğitim Fakültesi; 2010. 365 p.
86. Avcı K, Çizmeci Şenel F. Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu: Faydası, Önemi ve Etkisi Nedir? Online Türk Sağlık Bilim Derg. 2019;221–34.
87. Torun E. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin Servqual ölçeği ile değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık; 2009.
88. Mehrotra D, Bhartiya S. Results of mapping patients expectation using SERVQUAL. J Healthc Qual Res [Internet]. 2020;35(6):381–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.11.008>
89. Şen A. Hastane İşletmelerinde ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamalarının ve İç Müşteri Algılarının Servqual Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2010.
90. Purcărea VL, Gheorghe IR, Petrescu CM. The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. Procedia Econ Financ. 2013;6(13):573–85.
91. Oliäee Z, Jabbari A, Ehsanpour S. An investigation on the quality of midwifery services from the viewpoint of the clients in Isfahan through SERVQUAL model. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016;21:291–6.
92. Chakravarty A. Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. Med J Armed Forces India [Internet]. 2011;67(3):221–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237\(11\)60045-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0377-1237(11)60045-2)
93. Mohebifar R, Hasani H, Barikani A, Rafiei S. Evaluating Service Quality from Patients' Perceptions: Application of Importance–performance Analysis Method. Osong Public Heal Res Perspect [Internet]. 2016;7(4):233–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.phrp.2016.05.002>
94. Samartzis L, Talias MA. Assessing and improving the quality in mental health services. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(1):1–31.
95. Lora A, Lesage A, Pathare S, Levav I. Information for mental health systems: An instrument for policy-making and system service quality. Epidemiol Psychiatr

- Sci. 2017;26(4):383–94.
96. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(4):545–55.
 97. Ocampo L, Alinsub J, Casul RA, Enquig G, Luar M, Panuncillon N, et al. Public service quality evaluation with SERVQUAL and AHP-TOPSIS: A case of Philippine government agencies. *Socioecon Plann Sci* [Internet]. 2019;68(December 2017):100604. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.seps.2017.12.002>
 98. Mirza M. Hastanelerde hizmet kalitesinin Servqual analizi ile ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde bir alan araştırması. Dumlupınar Üniversitesi; 2010.
 99. Konerding U, Bowen T, Elkhuizen SG, Faubel R, Forte P, Karampli E, et al. Development of a universal short patient satisfaction questionnaire on the basis of SERVQUAL: Psychometric analyses with data of diabetes and stroke patients from six different European countries. *PLoS One*. 2019;14(10):1–24.
 100. Değer Ç. Kano modeli ile bütünleştirilmiş Servqual analizinin kalite fonksiyon yayılımına uygulanarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve bir sağlık kuruluşunda uygulanması. Dokuz eylül Üniversitesi; 2012.
 101. Özdiñ A. Sağlıkta adalet- Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Etik Analizi. Özdiñ Ahmet, editor. İstanbul: BETİM-Beşikçizâde Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi; 2020.
 102. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1983. 238 p.
 103. Kasapoğlu A. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *J Sociol Res Cilt* [Internet]. 2016;19(2):131–74. Available from: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/228165>
 104. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Derg* [Internet]. 2017;1(1):48–57. Available from: <https://dergipark.org.tr/saglik/issue/30164/337586>
 105. Altındağ, Özgür Yıldız A. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sos Bilim Derg*. 2020;10(1):157–84.
 106. Bağcı, Hasan Atasever M. Türkiye’de Sağlık Sistemleri. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. 350 p.

107. Türkiye. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 2709 Türkiye; 1982 p. 1–74.
108. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2003. 37 p.
109. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yılı 2017. TC Sağlık Bakanlığı. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2018.
110. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Ankara; 2012.
111. Çilhoroz Y, Arslan İ. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2018;10(26):798–810.
112. Durmuş A. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı. 2019;5(2):216–29.
113. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2023. Ankara: Kalkınma Bakanlığı; 2014. 137 p.
114. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sağlık Uygulama Tebliği. 2019 p. 157.
115. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Kanunu. 5258 Türkiye; 2004.
116. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete, Resmi Gazete Sayısı: 30068 Ankara, Türkiye: T.C Sağlık Bakanlığı; 2017.
117. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği [Internet]. T.C Sağlık Bakanlığı 2015. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.advengsoft.2017.07.001> <https://doi.org/10.1016/j.jairtraman.2019.101687> http://scholar.google.com/scholar?q=Fatigue Solutions for Maintenance: From Science to Workplace Reality&btnG=&hl=en&num=20&as_sdt=0%2C22%0Ahttp://www.av
118. Gültaş A, Yalçın Balçık P. Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları. Sak Med J. 2018;8(2):193–204.
119. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019 - 2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019. 515 p.
120. T.C. Sağlık Bakanlığı. Okul Sağlığı Programı Uygulama Kılavuzu [Internet]. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2017. Available from: https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_03/24172657_OKUL_SAYILIYININ_KORUNMASI_VE_GELYYTYRLMESY_PROGRAMI_UYGULAMA_KILAVUZU_3256836380940747639.pdf

121. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010 [Internet]. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2010. 17–19 p. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimlilik-el-kitabi-hekimler-icin.pdf>
122. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2018.
123. Sağlık Bakanlığı T. Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016. 92 p.
124. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği [Internet]. T.C Sağlık Bakanlığı 2006. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2000/12/20001214.htm#5>
125. Tuncer MA, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi el kitabı [Internet]. 2010. 7–8 p. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KETEM_EL_KiTABI.pdf
126. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tüberküloz tanı ve tedavi rehberi. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2019.
127. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Hayat Merkezi Rehberi. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2012. 58 p.
128. Müdürlüğü TİBN ve VİG. Bingöl Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2017 Verileri. Ankara: TC İçişleri Bakanlığı; 2018.
129. TÜİK. TÜİK 2017 Yılı Bingöl Demografik Göstergeler. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2018.
130. Değer MS. Bingöl Merkez Toplum Sağlığı Merkezi 2017 ve 2018 Faaliyet Raporları. 2018.
131. Diamond, James J Becker, Julie A Arenson, Christine A Chambers, Christopher V Rosenthal MP. Development of a Scale to Measure Adults' Perceptions of Health: Preliminary Findings. J Community Psychol. 2007;35(5):557–61.
132. Francis, Leslie J. Brown, Laurence B. Philipchalk R. The development of an abbreviated form of the revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, The U:S:A: and Australia. Pers individ Diff.iff. 1992;13(4):443–9.

133. WHO. Cancer: Key Facts [Internet]. World Health Organization. 2018. p. 1. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cancer>
134. Türkyılmaz M, Deniz EB, Ergin AK, Sevinç A, Tütüncü S, Seymen E. Türkiye kanser istatistikleri 2016. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2019.
135. Yalnızoğlu Çaka S, Topal S, Karakaya Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği SA, Corr Author S, et al. Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki. J Hum Rhythm [Internet]. 2017;3(4):198–203. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/373559>
136. Çilingir, Dilek Aydın A. Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı. Florence Nightingale Hemşirelik Derg. 2017;25(3):167-76.
137. Elçin E, Khorshid L. İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2016;32(2):1–10.
138. Özcebe, Hilal Sönmez, Rıza Atasoy, Ajlan Dede, Özgür Demir, Ahmet Fakıoğlu, Ender Yılmaz N. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Turkish J Geriatr. 2003;6(1):22–6.
139. Gür G. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Medipol Üniversitesi; 2017.
140. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. J Aging Stud. 2008;22(3):282–90.
141. Schneider G, Driesch G, Kruse A, Wachter M, Nehen HG, Heuft G. What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. Arch Gerontol Geriatr. 2004;39(3):227–37.
142. İnal, Özgür Tunçer B. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Davranışları Arasındaki İlişki. In: 8 International Trakya Family Medicine Congress Proceedings Book. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2019. p. 105-6.
143. Okuyan, Canan Birimoglu Çağlar S. Investigation of Health Literacy Levels and Health Perceptions of Nursing Students : A Cross-sectional study. Int J Caring Sci. 2019;12(1):270–9.
144. Erenoglu R. The Effect of the Health Promotion Program for Young People on

- Health Behaviors , Health Perception , and Self-Efficacy Levels : A Randomized Controlled Trial. 2019;12(2):1203–12.
145. Çalışır, Hüsniye Güneş, Zeynep Özvurmaz S. Perception of health, obesity risk and dietary habits in youth. *Heal Prob Civ*. 2019;13(1):60–6.
 146. Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi; 2015.
 147. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol*. 1998;27(2):208–13.
 148. Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc Sci Med*. 1996;42(5):681–9.
 149. Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: Could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43(3):369–80.
 150. Wagner CV, Knight K, Steptoe A et al. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Heal*. 2007;61(12):1086–90.
 151. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating Ethnicity and Migration As Determinants of Canadian Women’s Health. *BMC Womens Health*. 2004;4(Suppl 1):S32.
 152. Martikainen P, Lahelma E, Marmot M, Sekine M, Nishi N, Kagamimori S. A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. *Soc Sci Med*. 2004;59(6):1287–95.
 153. Al-Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3(28):1–9.
 154. Tunç GÇ, Bilgin NÇ, Ak B. Hemşirelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı , Narsisizm ve Kişilik Self-Esteem , Narcissism and Personality Traits of Nursing Students : A Review of Public and Foundation Universities. *Uluslararası Eğitim Araştırmacıları Derg*. 2020;3(3):16–27.
 155. Tunç, Erhan Aliyev R. Lisansüstü Öğrencilerinin Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi The Investigation of Psychological Tendencies of Graduate

- Students. *Gaziantep Univ J Soc Sci*. 2015;14(4):949–63.
156. Picconi L, Jackson CJ, Balsamo M, Tommasi M, Saggino A. Factor structure and measurement invariance across groups of the Italian Eysenck Personality Questionnaire - Short form (EPP-S). *Pers Individ Dif* [Internet]. 2018;123:76–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.013>
 157. Bayar N, Güven R, Erkal Z, Akyol KC, Edebalı MI, Küçükseymen S, et al. Assessment of the association between the personality traits of young patients with acute coronary syndrome and the severity of coronary artery disease. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2017;45(6):514–9.
 158. Gül AI, Çölgeçen E. Personality traits and common psychiatric conditions in adult patients with acne vulgaris. *Ann Dermatol*. 2015;27(1):48–52.
 159. Taşdemir SN. Migren tanisi olan hastalarda kişilik yapı ve özelliklerinin incelenmesi. *Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi*; 2015.
 160. Minami, Yuko Sasaki, Takeshi Arai, Yumiko Hosokawa T and TMLSG. Psychological Lupus Profiles and Health Status Lupus in Japanese Collaborative Female Study Patients with Systemic Erythematosus: The Miyagi. *Joumal Epidemiol*. 2002;12(2):55–63.
 161. Garcia-Torres, Francisco Rosario C-M. Differences in Eysenck ' s Personality Dimensions between a Group of Breast Cancer Survivors and the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):2-6.
 162. Çolak Alev F. İş kazası geçiren ve geçirmeyen iş görenlerin depresyon, öfke, kaygı, ilgi- dikkat ve dışadönük-içedönüklükleri açısından karşılaştırılması. *Maltepe Üniversitesi*; 2010.
 163. Önen L. İş kazası riski yüksek yerlerde çalışanlarla iş kazası riski az yerlerde çalışanlar arasındaki psikolojik özellikler. *Psikol Çalışmaları*. 2012;20:137–50.
 164. Issever H, Onen L. Personality characteristics , psychological symptoms and anxiety levels of drivers in charge of urban transportation in Istanbul. *Soc Occup Med*. 2002;52(6):297-303.
 165. Tisu L, Lupşa D, Vîrgă D, Rusu A. Personality characteristics, job performance and mental health the mediating role of work engagement. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2020;153:109644. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109644>
 166. Wang X, Wang K, Huang K, Wu X. The association between demographic

- characteristics , personality , and the mental health of bus drivers in China : a structural equation model. *Physiol Behav* [Internet]. 2021;229:113247. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113247>
167. Tunca E. Denetimli serbestlik programından yararlanan kişilerin kişilik özelliklerinin davranış inhibisyon sistemi/davranış aktivasyon sistemi ölçeği ve Eysenck Kişilik Envanteri- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu üzerinden araştırılması. Ege Üniversitesi; 2016.
 168. Gorgulu T. Madde kullanımı olan bireylerde umutsuzluk ve intihar düşünceleri: Ankara denetimli serbestlik örneği. *Toplum ve Sos Hizmet*. 2017;28(2):7–27.
 169. Yıldırım F. Maraş Otu (dumansız tütün) kullanımı ile kişilik yapısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2015.
 170. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* [Internet]. 2011;128(1–2):24–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.012>
 171. Goodwin, Renee Engstrom G. Personality and the perception of health in the general population. *Psychol Med*. 2002;32(2):325-32.
 172. Harput S. Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin Servqual ölçeği ile değerlendirilmesi. Beykent Üniversitesi; 2014.
 173. Yıldırım O. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin Servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: Sağlık sektöründe bir uygulama. Türk Hava Kurumu Üniversitesi; 2016.
 174. Saygi H. Hastanelerde hizmet kalitesinin Servqual analizi ile ölçülmesi: Ankara ilinde özel bir hastanede alan araştırması. Dumlupınar Üniversitesi; 2015.
 175. Manulik S, Rosińczuk J, Karniej P. Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1435–42.
 176. Şen A. Hastane işletmelerinde ISO 9001 kalite yönetim sistemi uygulamalarının ve iç müşteri algılarının Servqual ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2010.
 177. Çıraklı, Ümit Gözlü, Mehmet Gözlü K. Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat ' ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma Evaluation Of the Perceived Service Quality in

- Healthcare Organizations : A Study on Inpatients of Two Hospitals. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg. 2014;7(1):61–82.
178. Gürsoy A. Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin Servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: bir kamu hastanesi uygulaması. İstanbul Üniversitesi; 2013.
 179. Konerding, Uwe Bowen, Tom Elkhuisen, Syylvia G Faubel, Raquel Forte, Paul Karampli E at all. Development of a universal short patient satisfaction questionnaire on the basis of SERVQUAL : Psychometric analyses with data of diabetes and stroke patients from six different European countries. PLoS One. 2019;14(10):1–24.
 180. Fan L hua, Gao L, Liu X, Zhao S hong, Mu H tong, Li Z, et al. Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model. PLoS One. 2017;12(12):1–13.
 181. Say Ş. Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti algılama üzerine etkisi Gümüşova ilçesi entegre hastanesinde ayakta teşhis ve tedavi gören hastalar üzerinde bir uygulama. J Soc Sci Acad. 2020;3(1):1-23.
 182. Arısoy D. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin Servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama. Gazi Üniversitesi; 2017.
 183. Savaş H, Kesmez AG. Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi :Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2014;17:1–13.
 184. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. Heal Expect. 2012;17(2):197–207.
 185. Monteiro NJ, Amorim LTL NL, Rodrigues ILA AS. Evaluation of the collection service for colposcopy by the SERVQUAL scale. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):118–24.
 186. Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camúñez MÁ, et al. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2011;52(2):142–6.
 187. Campos DF, Negromonte Filho RB CF. Service quality in public health clinics: perceptions of users and health professionals. Int J Heal Care Qual Assur. 2017;30(8):680-692.
 188. Akman E, Kopuz K. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Algısı : SERVQUAL Model

- İncelemesi. ODÜ Sos Bilim Araştırmaları Derg. 2020;10(3):866-880.
189. Şahinli, Serhan Tarım M. Sağlık sektöründe hizmet kalitesi ölçümü: sistematik bir derleme çalışması. *J Healthc Manag Leadersh.* 2020;1:1–14.
 190. Teshnizi SH, Aghamolaei T, Kahnouji K, Teshnizi SMH, Ghani J. Assessing quality of health services with the SERVQUAL model in Iran. A systematic review and meta-analysis. *Int J Qual Heal Care.* 2018;30(2):82–9.
 191. De Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction: An empirical test of an integrative model. *J Econ Psychol.* 1997;18(4):387–406.
 192. Keramidou I, Triantafyllopoulos L. The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2018;122(4):352–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.008>
 193. Ayaad O, Alloubani A, ALhajaa EA, Farhan M, Abuseif S, Al Hroub A, et al. The role of electronic medical records in improving the quality of health care services: Comparative study. *Int J Med Inform* [Internet]. 2019;127(January):63–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>
 194. Lin DJ, Sheu IC, Pai JY, Bair A, Hung CY, Yeh YH, et al. Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:1–8.
 195. Patra S, Patro BK, Mangaraj M, Sahoo SS. Screening for depression in diabetes in an Indian primary care setting: Is depression related to perceived quality of life? *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2020;14(6):709–13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.03.002>
 196. Zarbo IR, Minacapelli E, Falautano M, Demontis S, Carpentras G PM. Personality traits predict perceived health-related quality of life in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2016;22(4):551-8.
 197. Gountas J, Gountas S. Personality orientations, emotional states, customer satisfaction, and intention to repurchase. *J Bus Res.* 2007;60(1):72–5.
 198. Kocabulut, Özge Albayrak T. The effects of mood and personality type on service quality perception and customer satisfaction. *Int J Cult Tour Hosp Res.* 2019;13(1):98-112.

FORMLAR

BİNGÖL'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURANLARDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda sürdürmekte olduğum doktora tez çalışması olup; Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı Verem Savaş Dispanseri (VSD) ile Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimlerinin hizmet kalitesini ölçmek ve bu kaliteyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup şahsınıza ait bilgiler başkasıyla paylaşılmayacak ve etik ilkelere özen gösterilecektir.

Araştırmaya yapacağınız önemli katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Sait Değer

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

1. BÖLÜM-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın

3. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul/Boşanmış

4. Eğitim Düzeyiniz: 1.okur yazar değil 2.okur yazar 3.ilkokul 4.orta okul
5.lise 6.yüksekokul ve üstü

5. Mesleğiniz :

6. Yaşadığınız Yer: 1. İl 2. İlçe 3.Belde 4. Köy

7. Çalışıyor musunuz?: 1. Evet 2. Hayır 3.Emekli

8. Sağlık güvenceniz var mı?:1. Evet 2. Hayır

2. BÖLÜM-SAĞLIK ALGISI

Aşağıdaki ifadeler, sizin sağlık algınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak size uygun yanıt kutuların içine (X) işareti koyarak belirtiniz. **Rakamın büyüklüğü katılma derecenizi göstermektedir.**

1.Kesinlikle Katılmıyorum, 2.Katılmıyorum, 3.FikrimYok, 4.Katılıyorum, 5.Kesinlikle Katılıyorum

1 2 3 4 5

1. Sağlığımı çok düşünürüm.
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olacak olur.
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.
5. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.
6. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapmıyorum.
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.
12. Sağlıklı olmak şans işidir.
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.

3. BÖLÜM-EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ-GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU

Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, 'Evet' ya da 'Hayır'ı işaretleyerek cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

EVET HAYIR

1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?
 2. Konuşkan bir kişi misiniz?
 3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?
 4. Oldukça canlı bir kişi misiniz?
 5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu?
 6. Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?
 7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?
 8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?
 9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hisseder misiniz?
 10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?
 11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?
 12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?
 13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?
 14. Kaygılı bir kişi misiniz?
 15. Sosyal ortamlarda geri plânda kalma eğiliminiz var mıdır?
 16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?
 17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?
 18. Sinirlerinizden şikâyetçi misiniz?
 19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?
 20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?
 21. Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?
 22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?
 23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?
 24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?
-

4. BÖLÜM-BEKLENTİLER

Aşağıdaki soru önermeleri mükemmel bir sağlık kuruluşundan hizmet beklentiniz ile ilgilidir. Lütfen aşağıda belirtilen özelliklere ne derecede katıldığınızı belirtiniz.

1.Kesinlikle Katılmıyorum, 2.Katılmıyorum, 3.FikrimYok, 4.Katılıyorum, 5.Kesinlikle Katılıyorum

BEKLENEN KALİTE

1 2 3 4 5

- 1)Mükemmel Sağlık Kuruluşları modern ekipmanlara sahiptir.
- 2)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının fiziksel tesisleri (binaları) görsel olarak çekicidir.
- 3)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları iyi giyimli ve temiz görünümlüdür.
- 4)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının hizmeti sunmada kullandığı materyallerin görünümü, sunulan hizmet tipi ile uyumlu ve görsel açıdan çekicidir.
- 5)Mükemmel Sağlık Kuruluşları bir şey yapmak için kesin bir zaman verdiklerinde, söz verdikleri gibi yaparlar.
- 6)Mükemmel Sağlık Kuruluşları hastalarının sorunları olduğunda duygularını paylaşır ve güven vererek onları rahatlatır.
- 7)Mükemmel Sağlık Kuruluşları güvenilirdir (hizmeti ilk anda, zamanında yerine getirirler).
- 8)Mükemmel Sağlık Kuruluşları hizmetlerini, yapmak için söz verdikleri zamanda sunarlar.
- 9)Mükemmel Sağlık Kuruluşları kayıtlarını doğru bir şekilde tutarlar.
- 10)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları hizmetlerin ne zaman sunulacağını hastalarına tam olarak söylerler.
- 11)Mükemmel Sağlık Kuruluşları çalışanları hastalarına hızlı hizmet verirler.
- 12)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları hastalarına her zaman hizmet vermeye istekli ve gönüllüdürler.
- 13)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları asla hastalarının ricalarını cevaplamayacak kadar meşgul değildirler.
- 14)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanlarının davranışları hastada güven duygusu yaratır.
- 15)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının hastaları hizmetle ilgili işlemlerinde güven hissederler.
- 16)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları naziktirler.
- 17)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları hastalarının sorularını cevaplayabilecek bilgiye sahip olmalıdırlar, (hastalarının işlerinin güzel bir şekilde yapılabilmesi için yeterli destek verirler).
- 18) Mükemmel Sağlık Kuruluşları hastalarına bireysel ilgi gösterirler.
- 19)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının tüm hastaları için uygun çalışma saatleri mevcuttur.
- 20)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının hastalarına kişisel ilgi gösteren çalışanları mevcuttur.
- 21)Mükemmel Sağlık Kuruluşları hastaların çıkarları ile candan ilgilenirler.
- 22)Mükemmel Sağlık Kuruluşlarının çalışanları hastalarının özel ihtiyaçlarını anlarlar.

5. BÖLÜM-ALGILAR

Aşağıdaki soru önermeleri şu anda hizmet aldığınız sağlık kuruluşuyla ilgilidir. Bingöl Merkez TSM'nin hizmetleriyle ilgili aşağıda belirtilen ifadelere ne derecede katıldığınızı belirtiniz.

1.Kesinlikle Katılmıyorum, 2.Katılmıyorum, 3.FikrimYok, 4.Katılıyorum, 5.Kesinlikle Katılıyorum

ALGILANAN KALİTE (Bingöl Merkez TSM Hizmet Kalitesi)

1 2 3 4 5

- 1)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi modern ekipmanlara sahiptir.
- 2)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin fiziksel yapıları (binaları) görsel olarak çekicidir.
- 3)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları iyi giyimli ve temiz görünümündür.
- 4)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin hizmeti sunmada kullandığı materyallerin görünümü, sunulan hizmet tipi ile uyumlu ve görsel açıdan çekicidir.
- 5)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi bir şey yapmak için kesin bir zaman verdiklerinde, söz verdikleri gibi yaparlar.
- 6)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi hastalarının sorunları olduğunda duygularını paylaşır ve güven vererek onları rahatlatır.
- 7)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi güveniliridir (hizmeti ilk anda, zamanında yerine getirirler).
- 8)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi hizmetlerini, yapmak için söz verdikleri zamanda sunarlar.
- 9)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi kayıtlarını doğru bir şekilde tutarlar.
- 10)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları hizmetlerin ne zaman sunulacağını hastalarına tam olarak söylerler.
- 11)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları hastalarına hızlı hizmet verirler.
- 12)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları hastalarına her zaman hizmet vermeye istekli ve gönüllüdürler.
- 13)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları asla hastalarının ricalarını cevaplamayacak kadar meşgul değildirler.
- 14)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanlarının davranışları hastada güven duygusu yaratır.
- 15)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin hastaları hizmetle ilgili işlemlerinde güven hissederler.
- 16)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları naziktirler.
- 17)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları hastalarının sorularını cevaplayabilecek bilgiye sahip olmalıdırlar, (hastaların işlerinin güzel bir şekilde yapılabilmesi için yeterli destek verirler).
- 18) Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi hastalarına bireysel ilgi gösterirler.
- 19)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin tüm hastaları için uygun çalışma saatleri mevcuttur.
- 20)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin hastalara kişisel ilgi gösteren çalışanları mevcuttur.
- 21)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezi hastaların çıkarları ile candan ilgilenirler.
- 22)Bingöl Toplum Sağlığı Merkezinin çalışanları hastalarının özel ihtiyaçlarını anlarlar.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

BİNGÖL'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURANLARDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORJİNALLİK RAPORU

% 9	% 9	% 3	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
4	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	hasuder.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
8	dosyaism.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

1. Sezerol MA., Şahin ÇE., Değer MS., Atak M., Home Health Care Patients and Their Caregivers' Requirements of Psychosocial and Spiritual Support for Better Health, JHESP, 2019; 1(2): 55-71.
2. Mete B., Değer MS., Pehlivan E., Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromu ve Çalışma Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 2020; 25(2): 94-101.
3. Mete B., Değer MS., Zoroğlu G., Relationship between blood lipids, inflammation parameters and body composition, Cukurova Med J 2020; 45(4):1555-1561.
4. Değer MS., Zoroğlu G., Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Kansere Bilgi Yüğü İlişkisi, Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 2021; 26(1):108-117.
5. Değer MS., Zoroğlu G., Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Kansere Bilgi Yüğü İncelenmesi, Sözel Bildiri, 3.International 21.National Public Health Congress, 26-30 Kasım 2019 Antalya.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tarih, Politika, Halk Sağlığı, Felsefe, Etik, Edebiyat/Şiir