

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ BİLİM DALI



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN ERİŞİMİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ: İSTANBUL ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PERİHAN CİHANER

İSTANBUL – 2025

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALGILANAN ERİŞİMİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ: İSTANBUL ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PERİHAN CİHANER

Tez Danışmanı: Doç. Dr. BÜLENT DEMİR

İSTANBUL – 2025

KABUL VE ONAY

Perihan Cihaner tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişimi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: İstanbul Örneği” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 17.06.2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç. Dr. Bülent DEMİR

.....

Üye

Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Serkan AKGÜN

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin hazırlanması ile yazılmasında bilimsel ahlak başta olmak üzere bilimsel etik kurallarına uyulduğunu, başkalarına ait eserlerden yapılan alıntılar ve sağlanan katkıların eksiksiz olarak bilimsel normlara uygun olarak gerçekleştirildiğini, atıfların yapıldığını, tez ve uygulama aşamasında kullanılan veriler üzerinde herhangi bir manipölasyon ve tahrifat yapılmadığını, bu hazırlanan tezin herhangi bir kısmı ile bölümünün başta bu üniversite olmak üzere başka bir üniversite farklı bir tez ya da bilimsel çalışma olarak sunularak kullanılmadığını beyan ederim.

PERİHAN CİHANER

17.06.2025



ÖN SÖZ

Bu tezin hazırlanması, yazılması sırasında her zaman yanımda olan, her görüşmede kendime güvenimi perçinleyen, yapacağıma inandıran, bir danışman hocadan daha fazlası olarak tezimi sahiplenen, bıkmadan maillerime hemen cevap veren, tez danışmanım Doç. Dr. Bülent DEMİR'e başta katkı ve desteklerinden dolayı en içten duygularıyla teşekkür eder ve saygılarımı sunarım. Ayrıca Lisansüstü Eğitim Enstitüsü sekreteri Hüseyin DOĞAN'a da tüm katkı ile desteklerinden dolayı teşekkür ederim. Yine çıkmış olduğum bu yolda, sıkıştığım, yol gösterici olan, her yaşadığım kırılma ve vazgeçme noktasında, “yapacaksın, başaracaksın” diyerek psikolojik ve manevi desteğini esirgemeyen canım arkadaşım, dostum, iyi ki hayatımda varsın dediğim, Murat KORKMAZ'a sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım. Bu yolda yanımda olup kahrımı çeken eşim Çetin CİHANER'e ve oğullarım Reşat Ziya CİHANER'e ve Kürşat CİHANER'e de teşekkür ve minnetlerimi sunarım. Tezimin savunmasında ve jürisinde bulunan değerli bilim insanlarına, katkı, destek ve emeklerinden dolayı ayrıca teşekkür ediyor, saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

PERİHAN CİHANER

17.06.2025

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: LİTERATÜR VE ALAN TARAMASI	6
1.1. Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Kullanımı.....	6
1.1.1. Sağlık Hizmeti Alanların Teknoloji Kullanımından Beklentileri	7
1.1.2. Sağlık Sektöründe Kullanılan Teknolojinin Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisi.....	9
1.2. İletişim Kanallarının Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonunun Önemi	11
1.2.1. İletişim Kanallarının Sağlık Hizmetlerindeki Yeri.....	12
1.2.2. İnternet ve Sosyal Medyanın Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Rolü.....	13
1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Teknolojik Altyapısı	14
1.3.1. Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarının Teknolojik Durumu	15
1.3.2. Randevu ve Hasta Bilgilendirme Sistemlerinin Kullanımı.....	16
1.4. Sağlık Hizmetlerinde Algı Boyutu ve Hasta Deneyimi.....	17
1.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Algı Yönetimi ve Uygulamaları.....	18
1.4.2. Hasta ve Sağlık Çalışanı Etkileşiminin Önemi	19
BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE ANALİTİK YAKLAŞIMLAR VE ULUSLARARASI PERSPEKTİF	20
2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Kuramsal Yaklaşımlar	20
2.1.1. Erişim Kavramının Teorik Arka Planı	21
2.1.2. Sağlıkta Erişim Modelleri: Penchansky ve Thomas Yaklaşımı	23
2.1.3. Sağlık Hizmetine Erişimde “Algı” ve “Gerçeklik” İkilemi	23
2.2. Sağlıkta Erişim Eşitsizliklerinin Analizi	24
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Sosyoekonomik Düzeyin Etkisi.....	24
2.2.2. Sağlık Hizmet Sunumunda Coğrafi ve Kentsel Dağılımın Rolü	25
2.2.3. Teknoloji Kullanımına Yönelik Dijital Bölünme ve Sağlık Okuryazarlığı.....	26
2.3. Uluslararası Uygulamalarda Sağlık Erişiminin Uygulamaları	26
2.3.1. Evrensel Sağlık Kapsamı Çerçevesinde OECD ve DSÖ Yaklaşımları.....	27
2.3.2. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemine Erişim Modelleri	27

2.3.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Erişimi Sorunları	28
2.4. Sağlıkta Erişim Göstergeleri ve Karşılaştırmalı Değerlendirme	29
2.4.1. Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Erişim Endeksleri	29
2.4.2. Türkiye'nin Sağlıkta Erişim Performansının Uluslararası Konumlanması	30
2.4.3. Sağlık Politikalarında Erişim Odaklı Reform Örnekleri.....	30
2.5. Sağlık Sisteminde Yapısal Faktörler ve Politika Üretimi	31
2.5.1. Sağlık Finansmanı ve Sigorta Sistemlerinin Rolü	31
2.5.2. Kamu – Özel Dengelemesi ve Hizmet Dağılımı.....	32
2.5.3. Uluslararası İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye için Uyarlanabilirlik.....	33
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	34
3.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları Kısıtlılıklar	34
3.2. Veri Toplama Yöntemi.....	34
3.3. Etik Beyanı	35
SONUÇ VE ÖNERİLER	65
KAYNAKÇA	70
EKLER	83
ÖZ GEÇMİŞ	88

KISALTMALAR

DMK : Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

MSA : Madde Silindiğinde Cronbach Alfa

Ort : Ortalama

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SS : Standart Sapma



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeğine Ait Güvenirlilik Sonuçları.....	35
Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeğinin Maddelerine Katılımcıların Verdiği Yanıtların Dağılım	37
Tablo 3: Sağlık Hizmetlerine Erişim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular	42
Tablo 4: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	42
Tablo 5: Demografik Özelliklere Göre Erişilebilirlik Boyutu Puanının İncelenmesi	45
Tablo 6: Demografik Özelliklere Göre Kabul Edilebilirlik Boyutu Puanının İncelenmesi.....	49
Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Uyum/Uygunluk Boyutu Puanının İncelenmesi.....	53
Tablo 8: Demografik Özelliklere Göre Ulaşılabilirlik Boyutu Puanının İncelenmesi.....	56
Tablo 9: Demografik Özelliklere Göre Erişim Boyutu Puanının İncelenmesi	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bakıma Erişim Çerçevesi.....	22
Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı	37



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişimi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: İstanbul
Örneği**

Perihan Cihaner

Yüksek Lisans Tezi

İşletme Anabilim Dalı / İşletme Yönetimi Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Bülent Demir

Haziran, 2025 – 88

Hazırlanan bu yüksek lisans tezinde, başta bireylerin sağlık hizmetlerine erişim algısı ile bu algıyı etkileyen faktörler İstanbul ili özelinde incelenmiştir. Bu tez çalışmasının temel amacı, sağlık hizmetlerine erişimin yalnızca fiziksel bir yakınlıkla sınırlı olmadığını ortaya koymaktır. Yine aynı zamanda bireyin hizmete ulaşabilme becerisi, hizmetin kabul edilebilirliği, ekonomik karşılanabilirliği ve teknolojik altyapı gibi çok boyutlu etkenlerin bu süreci belirleyici biçimde etkilediğini ortaya koymak ve öneriler oluşturmaktır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde, İstanbul’un dört farklı ilçesinde (Bakırköy, Başakşehir, Küçükçekmece ve Ümraniye) yaşayan toplum bireyleri örneklem alınarak, “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeği” aracılığı ile veriler toplanmış ve analiz gerçekleştirilmiştir. Kullanılan ölçek; erişilebilirlik, ulaşılabilirlik, uygunluk ve kabul edilebilirlik olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Yapılan araştırma bulguları değerlendirildiğinde, katılımcıların en yüksek düzeyde erişilebilirlik algısına sahip oldukları saptanmıştır. Yine buna karşın, ulaşılabilirlik boyutunda ciddi sorunlar yaşandığı bulgularımız arasında yer almaktadır. Özellikle Başakşehir ilçesinde yer alan Çam Sakura Şehir Hastanesi’ne yönelik fiziksel ulaşımında sorun yaşayan birey ile yaşanan zorluklar bu algının oluşmasında etkili bir faktör olmuştur. Özellikle sağlık hizmetlerinin ekonomik yükünün yüksekliği nedeni ile kamu sağlık kurumlarının kapasitenin kalite açısından beklentileri karşılamada yetersiz kalması araştırmada öne çıkan bulgular arasında yer almaktadır. Bu durum araştırmaya katılan bireylerin memnuniyet düzeyini yüksek oranda olumsuz olarak etkilemektedir. Araştırmaya katılan sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde ise erişim algısının daha zayıf olması sorunu dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu sorun eşitsizliklerin devam ettiğini ortaya koymaktadır. Bir diğer yandan, teknolojik araçlara erişimi olan bireylerde daha yüksek erişim algısı saptanırken aksi yönde teknolojik araçlar ile erişim sağlayamayanlarda ise düşük algı yaratmaktadır. Hazırlanan bu tez, Türkiye’nin sağlık sistemine duyulan güven, hizmet kalitesine dair algı ve sağlık

politikalarının bireysel deneyimler üzerinden şekillendiğini göstermektedir. Türkiye açısından eşit, sürdürülebilir ve kapsayıcı bir sağlık sistemi tasarımının gerekliliği bu tez bulguları ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Teknoloji, Sağlık, Hizmet, Algı, Birey, Toplum, Sağlık Kurumları, Kamusal Yönetim, Dijitalleşme



ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute

**Investigation of Factors Affecting Perceived Access to Health Services: The Case of
İstanbul**

Perihan Cihaner

Master Thesis

Department of Business Administration / Division of Business Management

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Bülent Demir

June, 2025 – 88

In this master's thesis, the perception of individuals' access to health services and the factors affecting this perception are analysed in the province of İstanbul. The main purpose of this thesis is to demonstrate that access to health services is not only limited to physical proximity. At the same time, it is also aimed to reveal that multidimensional factors such as the individual's ability to access to the service, acceptability of the service, economic affordability and technological infrastructure affect this process in a decisive way and to formulate recommendations. In this context, community members living in four different districts of İstanbul (Bakırköy, Başakşehir, Küçükçekmece and Ümraniye) were sampled and data were collected and analysed through the 'Perceived Access to Health Services Scale'. The scale consists of four sub-dimensions: accessibility, availability, suitability and acceptability. When the findings of the research were evaluated, it was determined that the participants had the highest level of accessibility perception. On the other hand, it is among our findings that there are serious problems in the accessibility dimension. Especially the difficulties experienced with the individual who had problems with physical access to Çam Sakura City Hospital located in Başakşehir district were an effective factor in the formation of this perception. Especially due to the high economic burden of health services, the capacity of public health institutions is insufficient to meet the expectations in terms of quality. This situation negatively affects the satisfaction level of the individuals participating in the research at a high rate. It is noteworthy that the perception of access is weaker in individuals with low socioeconomic status. It reveals that inequalities continue due to this problem in health services. On the other hand, while higher perception of access is found in individuals who have access to technological tools, on the contrary, it creates a low perception in those who cannot access to technological tools. This thesis shows that trust in Turkey's health system, perception of service quality and health policies are shaped by individual experiences. This thesis emphasises the necessity of an equal,

sustainable and inclusive health system design for Turkey in line with the results obtained with the findings.

Keywords: Technology, Health, Service, Perception, Individual, Society, Health Institutions, Public Administration, Digitalisation



GİRİŞ

Bireylerin ve toplumların sağlık durumlarını etkileyen en temel faktörlerin başında sağlık hizmetlerine erişim gelmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yönetimi açısından önem arz etmektedir (Çınaroğlu, 2017). Birçok gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkesinde sağlık hizmetlerindeki sunulan kalite ve algılanan kalite arasında oluşan farklılıklar sağlık politikası yapanlar açısından büyük önem oluşturmıştır (Akman ve Kopuz, 2020).

Bu neden ile oluşturulan sağlık sistemlerinin temel amacı ise bireylerin sağlık hizmetlerine zamanında, en uygun maliyetle ve oluşan ihtiyaçlar doğrultusunda ulaşılabilmelerini sağlamaktır (Delice vd., 2022). Bu bağlamda değerlendirildiğinde ise erişim yalnızca fiziksel olarak değerlendirilmemelidir. Çünkü bir sağlık kuruluşuna ulaşmakla sınırlı olmayıp, aynı zamanda hizmetin kabul edilebilirliğinin de sağlanarak bireylerin bu hizmetleri kullanabilme kapasiteleri ile hizmetin sunum şekli gibi çok boyutlu bir yapıyı içermesi gerekmektedir (Coombs vd., 2022). Erişimin bu çok yönlü doğası nedeni ile özellikle büyükşehirlerde yaşayan bireylerin deneyimleriyle daha da karmaşık bir hale gelebilmektedir (Tahmasebi, 2023). Türkiye evreni içerisinde İstanbul gibi nüfusu en yoğun, sosyoekonomik farklılıkların çok belirgin olduğu metropollerde ise sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan farklılıkların belirlenmesi, sağlık hizmet sunumunda adaletin sağlanabilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan öneri yönergelerine göre sağlık hizmetlerine erişim sağlık hakkının bir parçası olarak tanımlamakta ve bu hizmetlere eşit ve sürekli erişimin sağlanmasını zorunlu kılmaktadır (Sarıhan, 2021). Ayrıca toplum sağlığının korunmasında bu sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitlik ve devamlılık esas kilit unsur olarak gösterilmektedir. Ancak sağlık sisteminin bu ideal yapıya ulaşabilmesinde yaşanan birçok yapısal, sosyoekonomik ve kültürel engelle karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle toplum bireylerinin gelir düzeyi, eğitim seviyesi, yaş, cinsiyet, meslek grubu gibi demografik özellikler; yaşadıkları bölgedeki ya da coğrafyadaki sağlık kuruluşlarının türü ile sayısı en önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır (Yetim ve Çelik, 2020). Bireylerin sağlık güvencesine sahip olup olmamaları ve teknolojik araçlara erişimleri, sağlık hizmetlerini algılama biçimleri ile bu hizmetlerden yararlanma kapasiteleri bu faktörler açısından oldukça önemlidir. Çünkü toplumun sosyodemografik yapısı, eğitimi, ekonomik güç ile kişi başı gelir dağılımı, teknoloji alt yapısı, nüfus yoğunluğu, sağlık hizmeti sunum kurumların sayısı, sağlık kurumlarının türü ile uzmanlık alanları algılanan sağlık hizmetinin en önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır (Atalay ve Yücel, 2023).

Genel olarak bu bağlamda değerlendirildiğinde ise sağlık hizmetlerinde “algılanan erişim” kavramı, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım hakkındaki öznel değerlendirmelerini ve yaşadıkları deneyimlerin bütününe kapsayan bir yapı olarak önem kazanmaktadır (Yıldız, 2019). Toplum ve bireyleri tarafından algılanan erişim kalitesi ile düzeyi, bireyin mevcut sağlık sistemine dair güvenini, sağlık kurumlarına duyduğu tatmini ve hizmete ulaşma kolaylığını nasıl değerlendirdiği ile ilgili sonucu ortaya çıkarmaktadır. Yapılan bu değerlendirme, bireyin sağlık sisteminden ne şekilde ya da ne boyutta yararlanma kararını doğrudan etkileyebileceğinden dolayı; toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin genel kanaatlerin oluşmasında çok önemli bir rol üstlenmektedir (Korkmaz ve Çuhadar, 2017).

Bu yüksek lisans tez çalışmasında, İstanbul evreni ve Bakırköy, Başakşehir, Küçükçekmece ve Ümraniye örneklemini içerisinde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim algısı incelenmiştir. Çalışmanın amacı ile kapsamı çerçevesinde bu algıyı etkileyen demografik ve sosyoekonomik faktörler kapsamlı bir şekilde analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeği”, daha önce farklı bir araştırmada kullanılan geçerlilik ve güvenirliliği sağlanmış olan erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, uygunluk ve ulaşılabilirlik olmak üzere dört alt boyuttan oluşan bir çalışmadır. Bu çalışma Yılmaz ve arkadaşları (2025) tarafından hazırlanan makaledeki ölçek kullanılarak hazırlanmıştır. Bu tez kapsamında kullanılan ölçek için ölçeğin geliştirilmesinde katkı sağlayanlardan yazılı onam ve izin alınarak araştırmamıza uyarlanmıştır. Bu tez çalışması için kullanılan araştırma ölçeğinin yapılan güvenirlik analizleri sonucunda ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu (Cronbach Alfa 0.972) tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç, çalışmanın yöntemsel açıdan sağlam temellere dayandığını ortaya koymakta ve kullanılan ölçüm aracının bilimsel geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Elde edilen araştırma bulgularına göre, katılımcıların en yüksek algı düzeyine sahip olduğu boyut “erişilebilirlik” (Ort. = 3.41), en düşük olduğu boyut ise “ulaşılabilirlik” (Ort. = 2.61) olarak saptanmıştır. Ortaya çıkan bu durum, İstanbul gibi büyük bir şehirde fiziksel anlamda sağlık kuruluşlarına ulaşımında yaşanan zorlukların, bireylerin sağlık sistemine dair genel algısını olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymakta ve göstermektedir. Yine araştırma kapsamında katılımcıların %77.9’u sağlık hizmetleri için ödenen ücretlerin oldukça yüksek olduğunu beyan etmiş; %32.8’i ise genel sağlık sistemini ise kötü olarak değerlendirmiştir. Bu veriler, sağlık sistemine dair ekonomik memnuniyetsizliğin ve yapısal eleştirilerin yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Her ne kadar bu bilgiler sonuç şeklinde değerlendirilmesini gerektiriyor olsa da araştırmanın literatür kısmının derlenmesi açısından önem arz etmektedir.

Yapılan birçok bilimsel araştırma çalışmasının bulgu ve sonuçları incelendiğinde sağlık hizmetlerine erişim kavramının bireysel sağlık hakkının kullanılabilmesi açısından önemini vurgulamaktadır. Telem bir belirleyici olan bu kavram, hizmet varlığını değil bireylerin bu hissettiği ile algıladığı hizmet kalitesi ile paralellik göstermesidir. Sağlanan ya da sunulan hizmet varlığı beraberinde fiziksel, ekonomik, kültürel ve ulaşılabilirliği yönünden hizmet alanlara kolaylık sağlanmasını zorunlu kılmaktadır (Afşar, 2019).

Yine yapılan bazı çalışmalarda özellikle kentsel bölgelerde yaşayan bireylerin fiziksel ulaşım olanaklarının kapsamlı ve sağlık kurumlarına en hızlı sürede ulaşmalarını sağlayacak şekilde planlanması gerektiği yönündeki bulgularıdır. Birçok gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkesi açısından bireylerin sağlık kurumlarına her türlü ve her şekilde fiziksel ulaşımının kolaylaştırıldığı bilinmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunanların ya da sağlık hizmet politikası geliştirenlerin bu yöndeki alt yapı çalışmalarına daha fazla önem vermelerini zorunlu hale getirmektedir (Ayoğlu, 2024).

Bu tez çalışmasında elde edilen bulgular arasında katılımcılardan en düşük değerlendirme “ulaşılabilirlik” boyutu olarak gösterilmiştir. Bunun en önemli nedenleri arasında araştırmanın örneklemini arasında yer alan Başakşehir ilçesindeki İstanbul evreni içerisinde yer alan Çam Sakura Şehir Hastanesinin olmasıdır. Bu hastane oldukça büyük kapasiteye sahip bir kamusal sağlık kuruluşudur. Fakat bu sağlık kurumuna yönelik ulaşım maalesef İstanbul ilinin her yerinden fiziksel olarak sağlanamamaktadır. Çünkü alt yapı ulaşım hizmetleri yetersiz hatta yok denecek boyutta ve düzeydedir. Ancak kişisel özel araçlarınız ya da otobüs, taksi ve dolmuş şeklindeki şehir içi ulaşım araçları ile kısıtlı zaman sürecine dayalı ulaşım imkânı bulunabilmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım konusunda geliştirilen birçok model bulunmaktadır. Bu modeller çalışmanın ilerleyen safhalarında kapsamlı olarak ele alınacak ve değerlendirilecektir. Fakat ulaşılabilirlik algısının özellikle sağlık kurumlarının coğrafi konumu ile ulaşım kolaylığı açısından çok önemli bir boyut ya da faktör olarak değerlendirildiğini ortaya koymaktadır (Akgiş İlhan, 2020). Yine Türkiye’de yapılan birçok bilimsel çalışmada da özellikle büyükşehirlerdeki hizmet dağılımının düzensizliği, ulaşım altyapısındaki sorunlar ve hastane yoğunluklarına yönelik sorunlar, bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasını güçleştirdiği ortaya konmaktadır. Uluslararası yapılan bilimsel çalışmalarda da benzer durum söz konusudur (Cu vd., 2021).

Bu tez çalışmasındaki araştırma sonuçlarına göre en yüksek algı düzeyine sahip boyut ise “erişilebilirlik”, bireylerin hizmetten yararlanabilme becerilerini ve hizmetin varlığına dair farkındalıklarını yansıtmaktadır. Fakat bu erişim algısı, ulaşılabilirlik sorunları ile birleştiğinde,

sistemden duyulan genel memnuniyetin düşmesine yol açmaktadır. Nitekim hazırlanan çalışmada katılımcıların yaklaşık %78'inin sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri yüksek bulması bu açıdan büyük önem arz etmektedir. Özellikle ekonomik erişimin de önemli bir sorun alanı olduğunu bu şekilde ortaya konmaktadır. Ekonomik erişim, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamakta olup, sağlık hizmetlerinin maliyetine dair bireysel algılarla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Çünkü gelir düzeyi düşük bireyler bu konuda daha fazla zorluk yaşamakta ve sağlık hizmetine erişimde olumsuzluklar ile karşılaşmaktadır. Türkiye’de yapılan bazı bilimsel çalışmalarda da özel sağlık kuruluşlarında alınan hizmetlerin ücretlerinin oldukça yüksek ve kamu hastanelerindeki hizmetlerin bazı durumlarda yetersiz kalması, bireyleri ikileme sürükleyerek memnuniyetsizliğe neden olduğu yönündeki sonuçları ortaya çıkarmıştır (Yıldız vd., 2024).

Yine araştırmaya katılanların %32.8'inin sağlık sistemini genel olarak “kötü” şeklinde değerlendirmesi de sadece bireysel değil, toplumsal düzeyde bir güvensizlik algısının oluştuğunu ortaya koymaktadır. Bu durum literatürde “sistemsal tatmin” veya “kurumsal güven” kavramlarıyla açıklanabilmekte olup bireylerin sağlık sistemine duyduğu güvenin, hizmetlere erişim deneyimleriyle paralel olarak şekillendiği göstermektedir. Özellikle sağlık hizmetlerine ulaşırken yaşanan ekonomik zorluklar, bürokratik engeller gibi hizmet kalitesine dair ortaya çıkan sorunlar, bireylerde sistemin işleyişine yönelik olumsuz yargıların pekişmesine neden olmaktadır (Yeşildal vd., 2020).

Dolayısıyla sağlık sisteminin sadece fiziksel veya teknik altyapı ile değil, aynı zamanda bireylerin algıları ve deneyimleriyle de şekillendiğini söyleyebiliriz. Mevcut literatürde yer alan çalışmalar değerlendirildiğinde; erişim sorunlarının bireysel düzeydeki sağlık hizmeti kullanımını azaltabildiği gibi aynı zamanda toplumsal düzeyde sağlık eşitsizliklerini derinleştirdiğini de ortaya koymaktadır. Bu bağlamda elde edilen bu araştırma bulguları, literatürdeki genel eğilimlerle gayet paralel yönde uyumludur. Sağlık politikalarının hem fiziksel hem de ekonomik erişimini geliştirecek şekilde yeniden ele alınması gerektiğini bu çalışma ve araştırma sonuçları doğrultusunda işaret edebilmekteyiz (Solmaz, 2021).

Demografik değişkenler bazında yapılan analiz sonuçlarına göre özellikle sosyoekonomik düzeyin sağlık hizmetlerine erişim algısı üzerinde önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin, erişilebilirlik başta olmak üzere kabul edilebilirlik ve uygunluk boyutlarında daha düşük puanlar alması oldukça önemli noktaları ortaya koymaktadır. Çünkü bu boyut sağlık hizmetlerine ulaşımında toplumsal eşitsizliklerin varlığını net bir şekilde ortaya çıkarmaktadır. Aynı şekilde, teknolojik iletişim araçlarını kullanarak sağlık hizmetlerine erişimde kendini yeterli gören bireylerin erişim algısının daha yüksek

olması da Türkiye'nin diğer coğrafik ve kırsal bölgelerindeki dijital uçurum farklılığı nedeni ile sağlık hizmetlerine erişim üzerinde nasıl bir etki yarattığını göstermektedir (Kutlu, 2020).

Bu tez araştırmasına katılan katılımcıların genellikle hizmet aldıkları sağlık kurumlarına göre erişim algısı yönünden anlamlı farklar ortaya koymuştur. Kamu sağlık kurumlarından hizmet alan bireylerin erişim puanlarının çok daha düşük olması, özel sağlık kurumlarında hizmet sunumunun daha tatmin edici bulunduğuna işaret etmektedir. Ortaya çıkan bu durum, kamu sağlık hizmetlerinin kapasite, hız ve kalite gibi yönlerden değerlendirildiğinde; bireylerin beklentilerini karşılamada yetersiz kaldığını açıkça ortaya koymaktadır.

Çalışmanın İstanbul gibi heterojen bir şehirde yapılmış olması nedeni ile farklı yaş grupları, meslek grupları, eğitim düzeyleri ve sosyal sınıflar arasında sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerinin karşılaştırılmasını mümkün kılmıştır. Bu durum da sağlık politikalarının geliştirilmesinde mikro düzeydeki farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Zira sağlık hizmetine erişim yalnızca bireysel çaba ile gerçekleşen bir süreç değildir. Çünkü bu yapı aynı zamanda mevcut sistemin bireyler arasında adil ve kapsayıcı olup olmamasının da bir göstergesi şeklindedir.

Bizim bu çalışma kapsamında elde ettiğimiz bulgular genel anlamda değerlendirildiğinde; sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ortaya çıkmış olup özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin desteklenmesi gerektiği ve sağlık hizmetlerinin dijitalleşme sürecinin erişimine yönelik artırıcı şekilde yapılandırılmasının önemi vurgulanmıştır. Elde edilen bu bulgu ile veriler başta sağlık planlaması, kaynakların dağılımı ve sağlık okuryazarlığı politikaları için yön gösterici nitelikte olup; daha kapsayıcı ve eşitlikçi bir sağlık sisteminin inşa edilmesine yönelik çabalara ya da çalışmalara katkı sağlamaya yönelik sonuçlardır.

BÖLÜM 1: LİTERATÜR VE ALAN TARAMASI

Tezin bu bölümünde sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar ve bunların içeriklerine yönelik bir alan taraması gerçekleştirilecektir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde sağlık hizmetlerinin yalnızca fiziksel ulaşılabilirlik ile sınırlı olmadığı teknolojik altyapı, iletişim sistemleri ve hizmetin algılanan kalitesi gibi çok boyutlu faktörlerle şekillendiği görülmektedir (Arısoy, 2017). Günümüzde teknoloji ile dijitalleşmenin hız kazanması beraberinde sağlık hizmetlerinin sunumunda teknolojinin rolünü arttırarak farklılaştırmış ve sağlık kurumlarının hizmet kalitesini doğrudan etkiler hale gelmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde ise sağlık hizmetlerine yönelik iletişim kanallarının çeşitlenmesi; internet ve sosyal medya gibi dijital mecraların, hastalarla kurulan etkileşimde belirleyici hale gelmesine neden olmuştur (Ertaş vd., 2023). Türkiye’de hem kamu hem özel sağlık kurumlarında kullanılan ve uygulanan teknolojik altyapı, özellikle randevu sistemleri ve bilgilendirme hizmetleri üzerinden değerlendirildiğinde ortaya sağlık hizmetlerine erişimin yeniden tanımlanmasını gerektiren boyutlar çıkmaktadır. Yine bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik algısı ve bu hizmetler ile yaşadıkları deneyimler, sağlık sistemine olan güven ve memnuniyetin oluşmasında temel belirleyicilerdir (Göktaş vd., 2017). Hazırlanan tezin bu bölümde, ilgili konu ile unsurlar detaylı bir biçimde ele alınacaktır.

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Kullanımı

Özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımı büyük bir dönüşümün yaşanmasına ve kullanılmasına neden olmuştur. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde bu dönüşüm; hasta bakımının kalitesini artırmak, teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırmak başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak gibi başlıklarda ele alınmaktadır (Iyanna vd., 2022). Sağlık hizmetleri alanında özellikle elektronik sağlık kayıtları (EHR), yapay zekâ (AI), tele-tıp, mobil sağlık uygulamaları başta olmak üzere robotik cerrahi sistemleri gibi teknolojiler, sağlık sektörünün dijitalleşmesinde öncülük etmektedir (Yeung vd., 2023).

Elektronik ortamdaki sağlık kayıtları, hasta bilgilerinin dijital ortamda toplanması ile paylaşılmasını sağlayarak sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi artırmaktadır. Bu durum veri kayıplarını en aza indirmektedir. Kullanılan bu sistemler aynı zamanda hasta geçmişine daha hızlı ulaşılmasını mümkün kılarak tanı koyma sürecini kolaylaştırmaktadır (Quinn vd., 2019).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan yapay zekâ destekli teşhis sistemleri, başta görüntüleme verilerinin analizinde kullanılarak doktorlara büyük destek sağlamaktadır. Derin öğrenme algoritmaları kullanımı ve sayesinde kanser gibi hastalıkların erken teşhisinde yüksek doğruluk

oranları elde edilebilmektedir. Ayrıca AI, tedavi planlarının kullanılması ile birlikte kişiselleştirme ve özel hasta protokollerinin de kullanılması sağlanmaktadır (Yeasmin vd., 2024).

Pandemi dönemi ile birlikte hayatımıza hızla giren tele-tıp uygulamaları, beraberinde coğrafi engelleri ortadan kaldırarak hastaların doktorlar tarafından uzaktan muayene ve danışmanlık hizmeti almalarını mümkün hale getirmiştir. Yaşanan bu durum özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler için sağlık hizmetlerine erişimi artırmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında tele-tıbbın önemi daha da belirgin bir hale gelmiştir (Çapacı ve Özkaya, 2020).

Mobil sağlık (mHealth) uygulamaları sayesinde bireylerin sağlık durumlarının izlenmesi ve yaşam tarzlarını iyileştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu sayede kişinin kalp ritmi, uyku düzeni ve fiziksel aktivite gibi verilerin anlık takibi, kayıt edilmesi ile birlikte erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesine imkân ve olanak sağlamaktadır (Kopmaz ve Arslanoğlu, 2018).

Sağlık hizmetlerinde günümüz teknolojisinin kullanımı hem hasta hem de sağlık personeli açısından birçok avantajı beraberinde getirmektedir. Gelecekte daha fazla yapay zekâ kullanımı ile birlikte, nesnelerin interneti ve büyük veri analitiği gibi teknolojilerin entegrasyonu ile birlikte bu dönüşümün daha da hızlanması beklenmektedir.

1.1.1. Sağlık Hizmeti Alanların Teknoloji Kullanımından Beklentileri

Sağlık hizmetlerinde teknolojinin giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, hizmet alan bireylerin bu teknolojilerden beklentileri de giderek çeşitlenmiştir. Ortaya çıkan bu durum sağlık hizmeti alan ve sunan taraflar açısından önem kazanmıştır. Literatür taramalarında hasta odaklı sağlık hizmeti anlayışının güçlenmesi ile bireylerin teknoloji kullanımından daha yüksek kalite, kolay erişim, kişiselleştirilmiş bakım ve mahremiyet gibi beklentiler içinde olduklarını görülmektedir (Aydan ve Aydan, 2016).

Öncelikli olarak hız ve kolay erişim beklentisi dikkat çekmektedir. Hasta ile yakınları tarafından dijital randevu sistemleri, mobil uygulamalar ve uzaktan sağlık hizmetleri aracılığıyla daha kısa sürede fayda sağlanması beklenmektedir. Bu durum hasta ve yakınları tarafından daha az eforla almak istedikleri sağlık hizmetine ulaşmak hedeflenmektedir. Tele-tıp uygulamaları bu beklentiyi büyük oranda karşılamakta olsa da günümüz Türkiye'sinde bu hizmet kalitesinden maalesef söz etmek çok zor görünmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler için sağlık hizmetlerine bu konuda erişimi kolaylaştıracak alt yapı ile hizmet sunumu bulunmamaktadır (Akman Dömbekci vd., 2023).

Fakat günümüzde sağlık hizmetlerine hızlı ve kolay erişim, tüm hastalar ve yakınları için en öncelikli beklentiler arasında yer almaktadır. Dijital randevu sistemleri, mobil sağlık

uygulamaları ve tele-tıp hizmetleri gibi dijital sağlık çözümleri, bu beklentiyi karşılamada kritik bir rol üstlenmiştir. Fakat bu çözümlerin kalitesi ve erişilebilirliği, ülkeden ülkeye önemli farklılıklar göstermektedir (Arık, 2023).

Türkiye’de son yıllarda sağlık hizmetlerinin dönüştürülerek dijitalleşmesi yönünde önemli adımlar atılmış olsa da tele-tıp hizmetleri henüz istenen düzeye ulaşamamıştır. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler için bu hizmetlere erişim çok sınırlı seviyededir. Türkiye’nin bu altyapı yetersizlikleri, internet erişimi sorunları ve sağlık çalışanlarının bu sistemleri kullanma konusundaki bilgi eksiklikleri nedeni ile sürecin etkinliğini oldukça düşürmektedir. Türkiye’de sunulan uzaktan sağlık hizmetleri genellikle büyük şehir ve metropollerde yaşayan, teknolojik imkânlara daha kolay erişebilen bireylerle sınırlı kalmıştır. Ayrıca bu hizmetlerin tamamına yakının özel sağlık kurumları tarafından veriliyor olması da ekonomik ayrımcılığı ortaya çıkarmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinde fırsat eşitliğini açıkça zedelemektedir (Kayserili ve Çölkesen Tefiroğlu, 2023).

Türkiye ile diğer dünya ülkeleri arasında bir karşılaştırma yapıldığında, özellikle ABD, İsveç, Almanya ve Güney Kore gibi ülkelerde tele-tıp sistemlerine yönelik hem altyapı hem de kullanıcı deneyimi açısından daha gelişmiş bir düzeyde olduğu görülmektedir. Bu karşılaştırmaya göre Türkiye bu ülkelerin çok çok gerisinde kalmış ve henüz bu ülkelerin kullandığı alt yapı sistemlerine dahi sahip olmadığı görülmektedir. Bu alt yapı sorunlarının başında yetersiz, düşük ve kalite açısından sorgulanabilir internet erişim sistemleri gelmektedir (Ateş ve Sunar, 2024).

- **ABD:** Pandemi sonrası dönemde hızla tele-tıp hizmetlerinin kapsamı genişletilmiş, hem özel hem kamu sigorta sistemleri bu hizmetleri kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Yapay zekâ destekli sağlık hizmet danışmanları ve 7/24 hizmet veren dijital klinikler çok fazla yaygınlaşmıştır (Shaver, 2022).
- **İsveç:** E-devlet altyapısının güçlü olması ile birlikte hizmet alan hastalar, kişisel sağlık verilerine çok kolaylıkla erişebilmekte ve doktorlar ile video görüşmelerini kolayca gerçekleştirebilmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan vatandaşlara yönelik kamusal mobil sağlık birimleri ve yüksek hızlı internet desteği sağlanmaktadır (Landgren ve Cajander, 2021).
- **Güney Kore:** Yüksek teknoloji kullanımıyla dikkat çeken dünya ülkelerinin başında gelen Güney Kore, tele-tıp uygulamalarında yapay zekâ ve büyük veri analizlerinden yoğun olmak üzere etkin bir şekilde faydalanmaktadır. Ülke genelinde yüksek internet hızı sayesinde yaygın mobil cihaz kullanımı, bu hizmetlerin başarısını yüksek oranda desteklemektedir (Kim vd., 2024).

Her ne kadar Türkiye sağlık hizmetlerinde dijitalleşme yolunda önemli adımlar atmış olsa da bazı alanlarda hâlâ gelişime açık noktalar olduğu görülmektedir. Türkiye'nin tele-tıp alanında daha kat etmesi gereken çok mesafesi bulunmaktadır. Diğer karşılaştırılan dünya ülkelerinin altyapıları ile Türkiye'nin altyapısının karşılaştırılması durumunda ülkenin kendisini daha geliştirilmesi, özellikle kırsal bölgelerde bu hizmetlere erişimin sağlanması ve sağlık çalışanlarının dijital sağlık sistemleri konusunda eğitilmesi büyük önem taşımaktadır (Arık, 2023). Diğer bir taraftan ise yukarıda bahsedilen ülkelerde tele-tıp sistemleri yalnızca bir alternatif değildir. Bu durum aynı zamanda temel bir sağlık hizmeti sunum modeli haline gelmiştir. Oysaki Türkiye'de bu durum bir alternatif dahi değildir.

Türkiye'nin bu alandaki potansiyeli oldukça yüksek olmakla birlikte, başta dijital altyapı eksikliği, teknolojik yatırımların geliştirilmesi, hizmetlerin kapsayıcılığı ve sürdürülebilirliği için bütüncül bir dijital sağlık stratejisi oluşturulmasını zorunlu hale getirmektedir (Özen, 2021).

Bilgiye erişim ve şeffaflık, bir diğer önemli beklenti alanıdır. Hastalar, kendi tıbbi kayıtlarına ve test sonuçlarına dijital platformlar aracılığıyla kolayca ulaşmak istemektedir. Elektronik sağlık kayıt sistemleri sayesinde bu talep karşılanabilmekte, böylece bireylerin kendi sağlık durumlarını daha bilinçli bir şekilde takip etmeleri mümkün olmaktadır.

Kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti beklentisi de öne çıkmaktadır. Yapay zekâ destekli tanı ve tedavi sistemleri, bireysel sağlık verilerine göre özelleştirilmiş öneriler sunarak bu beklentiyi karşılamayı hedeflemektedir. Özellikle kronik hastalıklara sahip bireyler, teknolojiden kendilerine özel tedavi ve takip planları geliştirmesini beklemektedir. Mahremiyet ve veri güvenliği, sağlık hizmeti alan bireylerin en hassasiyet gösterdiği konulardandır. Literatürde, dijital sağlık uygulamalarının kişisel verileri koruma konusunda güvenilir olması gerektiği sıkça vurgulanmaktadır. Bireylerin sağlık teknolojilerinden beklentileri sadece işlevsellikle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda güven, erişilebilirlik ve kişiselleştirme gibi çok boyutlu ihtiyaçları kapsamaktadır. Bu nedenle, sağlık teknolojilerinin geliştirilmesinde kullanıcı beklentilerinin dikkate alınması büyük önem taşımaktadır.

1.1.2. Sağlık Sektöründe Kullanılan Teknolojinin Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Sağlık sektöründe kullanılan teknolojinin entegrasyonu, hizmet kalitesinin artırılmasında önemli bir rol üstlenmiştir. Kullanılan dijital sağlık teknolojileri, büyük veri analitiği, yapay zekâ (YZ) uygulamaları ile mobil sağlık çözümleri gibi yenilikler beraberinde, teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırıp hasta memnuniyetini ve güvenliğini artırmaktadır (Mahendra vd., 2024).

Büyük veri ve YZ, sağlık hizmetlerine yönelik karar destek sistemlerinin oluşması ile birlikte klinik kararların doğruluğunu ve hızını artırmaktadır. Kullanılan bu teknolojiler, hastalıkların erken teşhis edilmesini ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasını etkin bir şekilde dönüştürmektedir. Yapılan uygulamalar ile birlikte YZ destekli sistemler, hastaların tıbbi geçmişlerini analiz ederek potansiyel sağlık risklerini öngörebilir hale getirmektedir. Bu durum önleyici tedbirlerin alınmasına yardımcı olmaktadır (Hanna vd., 2025).

Günümüzdeki tele-tıp uygulamaları, coğrafi engellerin aşılmasını ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. Özellikle kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan hastalar için bu hizmet türü uzaktan danışmanlık ve izleme hizmetleri beraberinde sunarak; sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır. Yine son beş yıl içerisinde yaşanan ve birçok dünya ülkesini etkisi altına alan pandemi döneminde, tele-tıp hizmetlerinin yaygın olarak kullanımı hızla artmış ve bu sayede hasta ile sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri ortadan kalkmıştır (Ezeamii vd., 2024).

Mobil sağlık uygulamaları ile verilen mobil hizmetler, bireylerin kendi sağlık verilerini takip etmelerine imkân sunmakta olup sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmalarına olanak tanımaktadır. Kullanılan bu uygulamalar özellikle kronik hastalıkların yönetimi ve takibi, ilaç hatırlatıcı olma özellikleri ile yaşam tarzı değişikliklerinin takibi gibi konularda destek sağlayarak hasta memnuniyetini artırmaktadır. Bu süreç içerisinde hareket eden hasta ile yakınları hem daha konforlu bir süreç yaşamakta hem de kaliteli sağlık hizmeti alabilmektedir (Deniz-Garcia vd., 2023).

Akıllı hastane konsepti günümüzde oldukça revaçta olan bir hizmet türünü oluşturmaktadır. Nesnelerin İnterneti (IoT), robotik sistemler ve YZ gibi ileri teknolojiler kullanılarak bu hastane operasyonlarının optimize edilmesi amaçlanmaktadır. Hayata geçirilmek istenen bu sistemler, hasta bakım süreçlerini iyileştirirken beraberinde operasyonel verimliliği de artırmaktadır. Yine özellikle robotik cerrahi sistemler başta olmak üzere cerrahi müdahalelerin hassasiyetini artırarak iyileşme sürelerini oldukça kısaltmaktadır (Kalaivani vd., 2022).

Sağlık bilişim teknolojileri açısından baktığımızda ise hasta güvenliğini artırmada kritik bir role sahip olduğunu söyleyebiliriz. Elektronik sağlık kayıtları ve klinik karar destek sistemleri ile hastaların düzenli kullandığı ilaç hatalarını azaltarak tedavi protokollerine uyumu artırmaktadır. Kullanılan bu sistemin en büyük özelliği ile faydası ise hasta güvenliğini en üst düzeyde sağlamasıdır (Alotaibi ve Federico, 2017).

Teknolojinin sağlık sektörüne entegrasyonu ile birlikte hizmet kalitesi artmakta ve hasta memnuniyetini üzerinde önemli fırsatlar yaratmaktadır. Fakat kullanılan bu teknolojilerin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için altyapı yatırımlarının sağlanması bir zorunluluk olmakla

birlikte; sağlık çalışanlarının eğitimi ve hasta mahremiyeti gibi konuların da dikkatle ele alınmasını gerektirmektedir (George ve George, 2023).

1.2. İletişim Kanallarının Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonunun nemi

Sağlık hizmetlerinde iletişim kanallarının entegrasyonu, hasta bakımının kalitesini artırmada çok önemli bir faktördür. Sağlık sistemlerinin etkinliğini geliştirmede sağlık iletişim kanallarının etkin kullanımı kritik bir rol oynamaktadır. Bu entegrasyon sayesinde, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki bilgi akışı iyileştirilmekte ve doğru kararların alınmasına olanak sunulmaktadır. Bu tezin uygulanması sürecinde yapılan uygulamalar dikkate alındığında elde edilen bulgu ile sonuçlara göre bugünün Türkiye’inde uygulanan hasta ve hizmet sunan kurumlar arasındaki iletişimin etkinliğinden bahsedilmesi söz konusu değildir. Çünkü bulgu ile sonuçlar bu hizmeti alanların memnuniyet düzeyini oldukça düşük göstermektedir (Sheehan vd., 2021).

Günümüzde dijital iletişim kanallarının etkinliği, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutmasına neden olmaktadır. Bu kanallar özellikle hastaların sağlık bilgilerine erişimini kolaylaştırmaktadır. Bu sayede sağlık hizmeti alanların sağlık okuryazarlığı da artmaktadır. Özellikle sosyal medya platformlarının etkin olarak kullanılması ile birlikte, sağlık kurumları tarafından halkın bilgilendirilmesi gerçekleştirilmektedir. Yine bu sayede sağlık farkındalığını artırmak için etkin bir şekilde hareket edilebilmektedir. Bu platformlar kullanılarak geniş kitlelere ulaşılarak sağlık iletişimini güçlendirmek mümkün olmakta ve hizmet şeffaflığı sağlamaktadır (Manganello vd., 2017).

Elektronik sağlık kayıtları (ESK), hasta bilgilerini dijital ortamda depolayarak hem günün ihtiyaçlarını hem de sağlık profesyonellerinin bu bilgilere hızlı ve güvenli bir şekilde erişmesini sağlamaktadır. ESK sistemlerinin entegrasyonun kullanımı beraberinde hasta bakımında sürekli liği ve koordinasyonu artırmaktadır. Böylece tıbbi hataların azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Yine bu sistemler sayesinde hastaların tıbbi geçmişlerine kolayca hizmet sunanlar tarafından erişilerek, tedavi süreçleri daha etkin bir şekilde yönetilebilmektedir (Tsai vd., 2020).

Tele-tıp uygulamaları sayesinde coğrafi engeller ortadan kalkmakta ve hastaların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmaktadır. Bu sayede sağlık hizmet ihtiyacı duyan, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, uzman doktorlarla iletişim kurarak gerekli sağlık hizmetlerini alabilmektedirler. Uzaktan sağlık hizmetlerinin entegrasyonun sağlanması, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını arttıracak ve sağlık eşitsizliklerini azaltmada önemli bir rol oynayacaktır (Anawade vd., 2024).

Mobil sağlık uygulamaları, bireylerin kendi sağlık durumlarını takip etmelerine imkân tanımaktadır. Bu durum ayrıca sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmalarına da olanak tanımaktadır. Bu uygulamalar, kronik hastalıkların yönetiminde, ilaç hatırlatmalarında ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasında oldukça etkili araçlardır. Mobil uygulamalar aracılığı ile hastalar, sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlayarak memnuniyetlerini arttırmaktadır (Kumar vd., 2023).

Günümüzde bu nedenler ile iletişim kanallarının sağlık hizmetlerine entegrasyonun sağlanmasına paralel olarak hasta bakımının kalitesini ve sağlık sistemlerinin verimliliğinin artırılmasına yönelik gereklilikler hayati bir öneme sahiptir. Dijital iletişim araçlarının etkin kullanımı ile bilgiye erişimi kolaylaştırmakta, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim güçlü hale getirilmektedir. Sürdürülebilirlik açısından kullanılan bu entegrasyon, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, etkili ve hasta odaklı olmasına katkı sağlayarak fayda yaratmaktadır (Doğın vd., 2023).

1.2.1. İletişim Kanallarının Sağlık Hizmetlerindeki Yeri

Teknolojinin hızla gelişmesi, sağlık sektöründe de iletişim dinamiklerini dönüştürmüştür. Geleneksel iletişim araçlarının yerini bugün dijital kanallara bırakmasına neden olmuştur. Bu dönüşümle birlikte, hastaneler ve sağlık kurumları, hastalar ile olan ilişkilerini daha etkin ve sürdürülebilir hale getirmek adına sosyal medya kullanımını etkili hale getirmiştir. Mobil uygulamalar ve kurumsal web siteleri gibi araçlara hastaların bilgilendirilmeleri sağlanmıştır. Bu iletişim kanalları sadece bilgilendirme amaçlı değil, aynı zamanda randevu yönetimi başta olmak üzere hasta takibi, sağlık eğitimi ve kriz yönetimi gibi birçok işlevi yerine getirmek için de kullanılmaya başlamıştır (Stoumpos vd., 2023).

Yapılan bir araştırmada Acıbadem Hastanesi örneğı üzerinde uygulama gerçekleştirilmiş ve bazı sağlık kurumları dijitalleşme sürecine özel birimler oluşturarak sosyal medya yönetimini profesyonel biçimde ele almıştır. Bu uygulamanın başta etik kurallara uygun içerikler üretmesi sağlanmıştır. Uygulamada web siteleri ve mobil uygulamalar başta hasta memnuniyetini artırmak, verimliliğı sağlamak ve tıbbi süreçlerin daha sistemli işlemlerini kolaylaştırmak için devreye alınmıştır (Gönüllü, 2019). Bu kullanılan platformlar sayesinde hastalar sağlık hizmetlerine daha hızlı ulaşmış, bilgi edinmekte ve sağlık hizmetlerinden daha etkin şekilde faydalanabilme imkân ile olanaklarına ulaşmıştır. Dijital iletişim kanallarının sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanması ile birlikte başta zaman tasarrufu, bilgiye hızlı erişim, hasta mahremiyeti ve sağlık okuryazarlığı açısından önemli avantajlar sağlanmıştır. Bu

iletişim kanallarının hizmet sunulmasında aktif kullanılması ve sağlık iletişiminin temel yapı taşlarından biri haline getirilmesi hasta ile yakınlarının memnuniyetini arttırmıştır (Işık, 2019a).

1.2.2. İnternet ve Sosyal Medyanın Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Rolü

İnternetin yaygınlaşması ile birlikte sosyal medyanın günlük yaşamdaki etkisi artmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim biçimlerinde bu nedenle köklü bir dönüşüm ortaya çıkmıştır. Sosyal meydanın gücü ve daha fazla kişi tarafından kullanılıyor olması birçok alanda sağlık hizmetlerinin sunumunu ve tanıtımını gerçekleştirmektedir. Birçok farklı tıp alanındaki uzman hekim ve sağlık hizmetlerine yönelik bilgiler sosyal medya aracılığı ile hizmet almak isteyenlere sunulmaktadır. Bu nedenle günümüzde bireyler, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için hastaneye gitmeden önce sıklıkla sosyal medya platformlarına başvurmakta ve almak istedikleri sağlık hizmetine ilişkin bilgi toplamaktadır. Bu dijital ortamlar, bireyler tarafından yalnızca bilgi edinme aracı olarak değil, aynı zamanda verecekleri sağlık kararlarını etkileyen bir rehber işlevi de görmektedir (Roy ve Malloy, 2023).

Kısa sürede birçok kişi ile kitleye ulaşabilme imkân ve olanağına sahip olan sosyal medya; bu gücü ve kapasitesi ile halk sağlığını ilgilendiren konularda hızlı bilgi aktarımı sağlayabilmektedir. Kullanıcılar tarafından sağlıkla ilgili sorunlar anonim biçimde sosyal medyada paylaşılabilmekte, benzer deneyimlere sahip bireylerle etkileşime geçilerek ve bu süreçte destek gruplarına dahil olunabilmektedir. Aynı zamanda sağlık kurumları ile sağlık uzmanları da sosyal medya aracılığıyla halkı bilgilendirebilmekte, sağlık alanındaki güncel gelişmeleri paylaşmakta ve sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyebilmektedir (Kanchan ve Gaidhane, 2023).

Ancak bu etkileşimli yapı yanlış ve gerçek dışı bilgiler ile beraberinde bilgi kirliliği riskini de getirmektedir. Sosyal medyada yer alan doğruluğu teyit edilmemiş çok sayıda yer alan bilgi bireylerin yanlış sağlık kararlar almalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle sosyal medyanın sağlık iletişiminde etkili ve güvenilir bir araç olarak kullanılması bireyler açısından oldukça önemlidir. Çünkü bu bilgilerin doğru içerik üretimine yönelik paylaşımların teyit edilebilmesi ancak dijital medya okuryazarlığı ile mümkündür. Sosyal medya sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı haline gelmiş olsa da bilgilendirme, yönlendirme ve etkileşim odaklı bir alan sunarak bireylerin sağlık davranışlarını doğrudan etkilemeye çalışmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetlerinin bir ticari getiri alanı haline dönmesine neden oluşturmaktadır. Kamusal denetim bu anlamda bir zorunluluk olarak görölmektedir (Do Nascimento vd., 2022).

1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Teknolojik Altyapısı

Türkiye gelişen teknolojiye uyum sağlamak ve kendi sağlık hizmet yapısını güçlendirmek için farklı ataklar içerisine girmiştir. Özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde dijitalleşme süreci ile birlikte hızlanan birçok alandaki teknolojik gelişmeler nedeni ile Türkiye altyapı yatırımlarına hız vermiştir. Özellikle şehir hastanelerinin kurulması, e-Nabız ve Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) gibi teknoloji odaklı dijital platformların geliştirilmesi bunlara yönelik örnekleri oluşturmaktadır. Fakat sağlık sisteminin dijitalleşmesinde önemli adımlardan olan e-reçete, e-rapor ve dijital hasta kayıt sistemlerinde halen ciddi alt yapı sorunları devam etmektedir (Vermişli Peker vd., 2018). Nitekim bu tez kapsamında gerçekleştirilen araştırma sonrasında katılımcıların tamamına yakını bu sistemlerin yetersizliğinden yakınmaktadır.

Yaşanan bu aksaklıklar ve ortaya çıkan eksiklikler hem hekimlerin iş yükü artırmakta hem de hizmet süreçleri yavaşlatmaktadır. Oysaki birçok gelişmiş dünya ülkesinde bu sistemler sayesinde vatandaşlar kendi sağlık verilerine rahatlıkla erişebilmekte, randevularını dijital ortamdaki alabilmekte ve sağlık geçmişlerini görüntüleyebilmektedir. Her ne kadar e-nabız sisteminden bu bilgilere Türkiye’deki hastalar ile yakınları ulaşılıyor olabilese de en fazla sorun yaşanan MHRS sistemi yani randevu sisteminin yetersiz kalması ciddi problemlerin yaşanmasına neden oluşturmaktadır (Evcı Eralp, 2023).

Son yıllarda Türkiye’de sağlık alanında yaşanan beyin ve nitelikli insan gücünün farklı dünya ülkelerine gitmesi de bu sorunun yaşanmasında çok önemli bir faktör olarak görülmektedir. Çünkü birçok tıp alanında ve farklı uzmanlık branşlarında nitelikli ve beceri gerektiren alanlarda hekim eksikliğinin yaşanması bu randevu sisteminin yetersiz kalarak beklenen hizmet kalitesinin niteliksiz hale gelmesine neden olmaktadır (Karatuzla, 2024).

Fakat tüm bu gelişmelere rağmen, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin teknolojik altyapısında bazı yapısal eksiklikler de hala devam etmektedir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler açısından, internet altyapısının zayıf olması ve donanım eksikliği nedeni ile dijital hizmetlerden yeterince faydalanılamamaktadır. Yine sağlık çalışanlarının dijital sistemleri kullanma konusundaki yeterlilik düzeyi nedeni ile her kurumda aynı hizmet kalitesini bulmak mümkün değildir. Ortaya çıkan bu durum hizmet kalitesini düşürürken beraberinde hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Bulut ve Şengül, 2020).

Teknolojik altyapıdaki ortaya çıkan bu dengesizlikler, toplum bireyleri arasında sağlık hizmetlerine erişim konusunda eşitsizlik yaratmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde yaşayan bireyler sağlık sistemine hızlı ve etkili bir şekilde ulaşabilirken, kırsal alanda yaşayan bireyler için bu süreç daha zorlu olabilmektedir. Bu da genel anlamda sağlık hizmetlerinde bölgesel

adaletsizlik yaşanmasına ya da hissine neden oluşturmakta ve bireylerin kamu hizmetlerine olan güvenini zedelemektedir (Yoloğlu vd., 2020).

Genel olarak, Türkiye'nin sağlık alanındaki dijital dönüşümde belirli bir mesafe katettiği görülmektedir. Fakat bu teknolojik gelişmelerin tüm topluma eşit ve erişilebilir biçimde yaygınlaştırılması gerektiği asla göz ardı edilmemelidir. Birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da eşitlikçi bir yaklaşım sergilenmelidir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin etkinliği artacak olup bireylerin sağlık sistemine güveni güçlenecektir. Kamusal anlamda sağlık politikalarının sürdürülebilirliğinin sağlaması ile de genel halk sağlığı daha kaliteli bir hale gelecektir.

1.3.1. Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarının Teknolojik Durumu

Türkiye'de sağlık turizmi nedeni ile sağlık sektörüne yönelik, son yıllarda teknolojiye yaptığı yatırımlarla büyük bir dönüşüm geçirdiğini söyleyebiliriz. Bu dönüşüm hem kamu hem de özel sağlık kurumlarında kendini çok net göstermektedir. Fakat her iki yapı arasında teknolojik altyapı, erişim, kullanım alanları ve sürdürülebilirlik açısından çok belirgin farklar bulunmaktadır (Eryer, 2024).

Kamu sağlık kurumları, özellikle Sağlık Bakanlığı'nın dijitalleşme projeleriyle büyük bir ivme kazanmışken, aynı durum özel sağlık işletmeleri açısından geçerli değildir. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), e-Nabız, Tele tıp gibi uygulamalar ve dijital hasta kayıt sistemleri, kamu hastanelerinde yaygın olarak kullanılmakta iken özel sağlık kurumları bunun dışında kalmıştır. Bu sistemlerin etkin kullanılması sayesinde vatandaşlar sağlık hizmetlerine daha hızlı erişebilmektedir. Ayrıca hekimler hastaların geçmiş sağlık verilerine anında ulaşabilmektedir. Fakat kamu kurumlarında teknolojik cihazların güncelliği tartışmalıdır. Yine sağlık ve teknolojik açıdan birçok cihazın donanım yenileme sıklığı zamanında yapılmamaktadır. Bir önemli sorun ise bu teknolojik cihazların kullanımına ilişkin personel eğitimi konusunda zaman zaman eksiklikler yaşanabilmektedir (Ak, 2023).

Özel sağlık kurumları ise genellikle daha esnek bütçelere sahip olmaları nedeni ile daha hızlı karar alma mekanizmalarını etkin kılabilirler. Sahip oldukları bu avantajlar ile özel sağlık kurumları ileri teknoloji cihazlara daha kolay yatırım yapabilmektedir. Özellikle tanı ve tedavi alanlarında özel sağlık kurumları yapay zekâ destekli görüntüleme sistemleri kullanmakta, robotik cerrahi ve kişiselleştirilmiş tıp uygulamaları özel hastanelerde daha yaygın haldedir. Bunlarla birlikte, ekonomik güç anlamında yetersiz olan bireylerin özel sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması nedeni ile teknolojik olanaklara erişimi sınırlandırabilmektedir (Yener ve Öksüz, 2017).

Bu bilgiler doğrultusunda kamuya ait sağlık kurumları geniş kitlelere hitap eden dijital hizmetlerle öne çıkarken, özel kurumlar ileri düzey teknoloji yatırımlarıyla kamu sağlık kurumlarına karşı fark yaratmaktadır. Her iki yapının güçlü yönlerinin birleşmesi ile birlikte Türkiye’de daha kapsayıcı ve sürdürülebilir bir sağlık sistemine ulaşılması mümkün olacaktır (Şahin ve Seçer, 2024).

1.3.2. Randevu ve Hasta Bilgilendirme Sistemlerinin Kullanımı

Birçok gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinde dijitalleşme yoğun olarak kullanılmaktadır. Bu alandaki en belirgin adım, Türkiye’de 2010 yılında kullanıma sunulan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) olmuştur. MHRS, sağlık hizmeti almak isteyen vatandaşların Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinden telefon, internet veya mobil uygulama aracılığıyla randevu almasını kolaylaştırmaktadır (Işık, 2019b).

Onaylı randevu sistemi 2024 yılında yeniden yapılandırılmış ve randevu alıp gelmeme oranlarını düşürmek amacı ile "Onaylı Randevu Sistemi" uygulamaya konulmuştur. Bu sistemde özellikle hastaların randevularını bir önceki gün saat 20.00'ye kadar onaylamaları veya iptal etmeleri gerekmektedir. Fakat bu yeni yapılanmada 65 yaş üstü ve kanser hastaları bu uygulamadan muaf tutulmuştur (Dantas vd., 2018).

Randevu iptal ve kısıtlama uygulamalarında ise aynı yıl içerisinde, randevu alıp gitmeyen ve iptal ettirmeyen kişilerin 15 gün boyunca aynı branştan randevu alamayacaklarına yönelik bir düzenleme getirilmiştir. Bu uygulama ile randevu sadakatinin attırılması ve hizmet bekleyen diğer hastaların erişiminin kolaylaştırılması hedeflenmiştir (Çalık Göçümlü, 2022).

Randevu erişiminde güçlükler nedeni ile vatandaşlar, özellikle bazı branşlarda randevu bulmada zorluk çekmektedir. Ortaya çıkan yoğun talepler nedeni ile 15 gün sonrasına bile randevu alınamaması sıkça karşılaşılan bir olumsuzluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum Türkiye’de olduğu gibi farklı gelişmiş dünya ülkelerinde de yaşanan sorunlardan birisi olarak görülmektedir (Maresova vd., 2023).

Sistem yoğunluğu ve teknik problemler nedeni ile MHRS üzerinden randevu alınırken sistemsel yoğunluklar ve teknik aksaklıklar sıklıkla yaşanabilmektedir. Yine bu durum, kullanıcı deneyimini olumsuz yönde etkilemekte ve sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Türkiye’de yaşanan bu sorun yine farklı dünya ülkelerinde de benzer şekilde yaşanmaktadır (Howard ve Khalifeh, 2020).

Hasta memnuniyeti ve iletişim eksiklikleri nedeni ile randevu sistemindeki aksaklıklar, hasta memnuniyetini ciddi oranda düşürmekte ve sağlık hizmetlerine olan güveni sarsmaktadır.

Özellikle yaşanan randevu iptalleri ve değişiklikleri konusunda hastalara yeterli bilgilendirme yapılmaması nedeni iletişim eksikliklerine yol açmaktadır (Kılıç ve Topuz, 2015).

Her ne kadar Türkiye'de randevu ve hasta bilgilendirme sistemlerinde önemli adımlar atılmış olsa da maalesef mevcut sorunların giderilmesi için daha kapsamlı ve kullanıcı odaklı çözümlere halen ihtiyaç duyulmaktadır. Teknolojik altyapının güçlendirilmesi yönünde ciddi eksiklikler bulunmakta, sistemsel açıdan yaşanan aksaklıkların minimize edilmesi ve hasta memnuniyetini artıracak stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve erişilebilirliği açısından bu gelişmeler ve çalışmalar büyük önem taşımaktadır (Marşap vd., 2010).

1.4. Sağlık Hizmetlerinde Algı Boyutu ve Hasta Deneyimi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinden yararlanan toplum bireylerinin deneyimleri, hizmet kalitesine dair algılarıyla doğrudan ilişki içerisindedir. Ortaya çıkan bu algı, yalnızca sunulan tıbbi hizmetin niteliğiyle değil; aynı zamanda sağlık çalışanlarının iletişimi, hastane ortamı, bekleme süreleri, bilgilendirme süreçleri ve hasta haklarına gösterilen özen gibi çok boyutlu unsurlarla şekil almaktadır. Fakat bu süreçte birçok hasta ve yakını çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Yılmaz ve Günay, 2022).

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde en çok dile getirilen sorunların başında, sağlık çalışanlarının yoğunluğu ve iş yükü nedeni ile yeterince bireysel ilgi görememe yer almaktadır. Özellikle büyük şehirlerdeki devlet hastanelerinde, randevu süresinin çok kısa olması, doktor-hasta iletişimini olumsuz yönde etkilemekte ve hastalarda “anlaşılamama” hissi yaratmaktadır. Ortaya çıkan bu durum, hastaların tedaviye olan güvenini ciddi oranda azaltmakta ve hizmetten memnuniyet düzeyini düşürmektedir (Atalay ve Çakırel, 2022).

Bir diğer önemli sorun ise bilgilendirme eksikliğidir. Birçok hasta ve yakını tanı ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmadan sürece dahil edilmekte olup bu da hasta deneyiminde belirsizlik ve kaygı yaratmaktadır. Hastaların karar alma sürecine aktif olarak katılımı, hala istenen düzeyde değildir. Yine bu durum hasta merkezli yaklaşımın eksikliği olarak değerlendirilir (Meyer vd., 2021).

Bir önemli sorun ise kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim hâlâ bir diğer temel problemdir. Uzman doktor eksikliği, yeterli sağlık personelinin olmaması, ulaşım sorunları ve teknolojik donanım yetersizliği gibi sorunlar; bu bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanmalarını engellemektedir. Görünen bu durum hem algı boyutunu hem de hasta ile yakınlarının deneyimi olumsuz etkilemektedir (Arcury vd., 2005).

Literatürde yer alan çalışmaları incelediğimizde Türkiye’de sağlık hizmetlerinde algı boyutu ile hasta deneyimi arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır. Bireylerin yaşadıkları bu olumsuz deneyimler, genel sağlık sistemi algısını zayıflatmakla birlikte beraberinde memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Ortaya çıkan bu neden ile sağlık politikalarının, sadece teknik iyileştirmeleri değil, aynı zamanda hasta memnuniyetini artıracak iletişim ile erişim temelli çözümleri de içermesi büyük önem taşımaktadır (Saygılı ve Çelik, 2011).

1.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Algı Yönetimi ve Uygulamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin yaşadıkları farklı deneyimler, sadece verilen hizmetin kalitesine bağlı olmamakla birlikte aynı zamanda bu hizmetin bireyler tarafından nasıl algılandığına da bağlı bir faktördür. Bu aşamada devreye giren “algı yönetimi”, sağlık sisteminin daha güvenilir olduğuna erişilebilir ve hasta odaklı görülmesini sağlamada kritik bir rol üstlenmektedir. Fakat mevcut güncel uygulamalarda, algı yönetiminin yeterince stratejik ve sürdürülebilir şekilde ele alınmadığı da görülmektedir. Bu da bireylerin sağlık hizmetlerine dair algılarında geliştirdikleri farklı düşünceler ile çeşitli sorunların oluşmasına neden olmaktadır (Akyol ve Umut, 2024).

Hastaların en çok karşılaştıkları sorunların başında sağlık kuruluşlarının iletişim stratejilerindeki yetersizliğidir. Bilgi eksiklik nedeni ile yanlış yönlendirme ya da sağlık personelinin soğuk yaklaşımının da etkisi ile hasta memnuniyetini doğrudan etkileyerek sağlık sistemine yönelik algıyı zayıflatmaktadır. Özellikle kamu hastanelerinde yaşanan yoğunluk nedeni ile uzun bekleme süreleri ve randevu bulma zorluğu gibi ortaya çıkan faktörler, halkın sağlık hizmetlerine olan güvenini ciddi yönde olumsuz olarak etkilemektedir (Tiwarı vd., 2019).

Algı yönetiminin yetersiz kaldığı bir diğer alan ise yaşanan kriz durumlarıdır. Pandemi gibi olağanüstü dönemlerde, ortaya çıkan bilgi kirliliğinin önüne geçilmesi ve vatandaşların doğru yönlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Ancak bu süreçte yapılan ya da yapılacak olan bazı eksik bilgilendirmeler, halk arasında panik ile güvensizlik yaratmakta ve sağlık hizmetlerine olan algıyı sarsmaktadır (Yavuz, 2020).

Ayrıca sosyal medya ve dijital platformlarda sağlıkla ilgili sıklıkla yayılan olumsuz içerikler, kamu kurum imajını zedeleyebilmektedir. Yine bu da bireylerin hizmetten önce bir önyargı geliştirmesine neden oluşturmaktadır. Genel olarak bu durum, hizmet deneyiminden bağımsız olarak algının baştan olumsuz şekillenmesine yol açmaktadır (Balcı vd., 2024).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sadece teknik açıdan değil, sosyal ve algısal açıdan da güçlendirilmesi gerekmektedir. Etkili bir algı yönetimi için şeffaf iletişim sistemlerinin hayata

geçirilmesi, güven veren uygulamalar ve hasta odaklı yaklaşım temel alan stratejiler geliştirilmelidir (Kasapoğlu, 2016).

1.4.2. Hasta ve Sağlık Çalışanı Etkileşiminin Önemi

Sağlık hizmetlerinin etkinliği yalnızca teknik donanım ve tıbbi bilgiyle değil aynı zamanda hasta ile sağlık çalışanı arasındaki etkileşimin niteliğiyle de doğrudan bağlantılıdır. Türkiye’de sağlık hizmeti alan bireylerin yaşadıkları deneyimler değerlendirildiğinde çoğu zaman bu etkileşim kalitesine göre şekillendiğini görmekteyiz. Ne yazık ki, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişim eksiklikleri nedeniyle ortaya çıkan hizmetten beklenen memnuniyetin azaldığı ve tedavi sürecine olumsuz yansıdığını görmekteyiz (Gökkaya ve Erdem, 2017).

Hastaların sıklıkla dile getirdiği sorunların başında, yeterince dinlenmemek ve anlaşılmadıklarını hissetmelerine yönelik yakınmaları gelmektedir. Özellikle devlet hastanelerinde bu sorunlar fazlası ile yaşanmakta ve hasta yoğunluğunun fazla olması nedeni ile de sağlık çalışanları, hastalara sınırlı süre ayırabilmektedir. Bu durum nedeni ile yine hem hasta güvenini zedelerken hem de sağlık çalışanlarının tükenmişlik hissini artırmaktadır. Oysa ki, etkili bir iletişim kurulması ile birlikte hastanın kendini daha güvende hissetmesini sağlayacağı gibi, teşhis ve tedavi sürecini de kolaylaştıracağı asla göz ardı edilmemesi gereken bir husustur (Solmaz ve Duğan, 2018).

Bir diğer önemli sorun ise sağlık çalışanlarının iletişim eğitimi konusundaki eksiklikleridir. Tıbbi bilgi kadar empati kurma yeteneği açık ve anlaşılır bir konuşma, hastayı sürece dahil etme gibi beceriler de sağlık eğitiminin bir parçası olmalıdır. Fakat ne yazık ki, bu yönüyle yeterince desteklenmeyen aktif sağlık personeli, istemeden de olsa hastalarıyla sağlıklı bir iletişim kurmakta zorlanmaktadır (Özselçuk ve Yalım, 2019).

Hasta memnuniyetinin ve tedavi başarısının arttırılabilmesi için hasta ve sağlık çalışanı arasındaki güven ilişkisi hayati önem taşımaktadır. Bu ilişki sadece bireysel düzeyde değil, toplumsal sağlık algısında da pozitif etkiler yaratmaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminde sürdürülebilir iyileştirmeleri sağlayabilmek adına, bu etkileşimin güçlendirilmesine yönelik başta eğitim, zaman yönetimi ve iletişim odaklı politikalara ihtiyaç duyulmaktadır (Erdem vd., 2008).

BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE ANALİTİK YAKLAŞIMLAR VE ULUSLARARASI PERSPEKTİF

Sağlık hizmetlerine erişim, sadece fiziksel bir ulaşılabilirlik meselesi olmanın ötesinde ciddi bir kavramdır. Bu durum hayatın ya da bireysel anlamda toplumun en küçük ögesi insan faktörünün devamlılığı açısından çok önemlidir. Sağlık hizmetleri çok boyutlu bir kavram olarak literatürde değerlendirilmiş olup hem teorik hem de pratik düzeyde detaylı analiz gerektirdiğine vurgu yapılmıştır. Hazırlanan tezin bu bölümde, erişim kavramının teorik arka planı ile sağlık alanında geliştirilen modeller aracılığıyla sağlık hizmetlerine erişimin nasıl tanımlandığına yönelik faktörler başta olmak üzere nasıl ölçüldüğü ele alınmaktadır. Penchansky ve Thomas'ın (1981) erişim modeli tezin bu bölümünün kapsamında temel bir referans olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca bireylerin sağlık hizmetine erişim algısıyla gerçek erişim düzeyi arasındaki oluşan fark da önemli bir analitik odak olarak bu bölümde incelenmektedir.

Günümüzde birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkileyen faktörleri içerisinde barındırmaktadır. Bu olumsuzluklar sosyoekonomik, coğrafi ve dijital faktörler üzerinden analiz edilmektedir. OECD ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların evrensel sağlık kapsamına yönelik yaklaşımları, gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerdeki uygulamalarla birlikte karşılaştırmalı olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda, sağlık erişimine yönelik göstergeler ve Türkiye'nin uluslararası alandaki konumu dikkate alarak erişim odaklı reform örnekleri ışığında tartışılmaktadır. Bu bölüm açısından son olarak, sağlık sisteminde yapısal olarak gerçekleştirilen faktörler finansman, kamu-özel hizmet dengesi ve iyi uygulama örnekleri üzerinden politika üretimi açısından kapsamlı olarak ele alınmaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Kuramsal Yaklaşımlar

Sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine uygun zamanda, uygun yerde ve uygun koşullarda ulaşabilme durumunu genel olarak ifade edilmesi şeklindedir. Literatürde bu kavram, yalnızca fiziksel erişimi değil beraberinde ve aynı zamanda ekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik boyutları da içerisine almaktadır. Andersen'in Davranışsal Modeli, sağlık hizmetlerine erişimi açıklayan temel kuramlardan birisini oluşturmaktadır. Bu modele göre bireylerin hizmet arama yönündeki davranışları; öncül etmenler (yaş, cinsiyet, eğitim), etkinleştirici etmenler (gelir, sigorta, ulaşım olanakları) ve sağlık gereksinimleri çerçevesinde şekillendirilmiştir (Gulliford vd, 2002). Ayrıca Penchansky ve Thomas'ın "erişim boyutları" yaklaşımı incelendiğinde ise erişimi uygunluk, ulaşılabilirlik, kabul edilebilirlik, bulunabilirlik

ve karşılanabilirlik olmak üzere beş temel başlık altında ele aldığını göstermektedir (McLaughlin ve Wyszewianski, 2002).

Araştırmada ele alınan bu boyutlar, bireylerin sağlık sistemleriyle olan etkileşimlerini detaylı biçimde analiz etmeye olanak tanımaktadır. Sosyal belirleyiciler yaklaşımı açısından da bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve yaşanılan çevrenin belirleyici olduğu savunulmaktadır (Braveman ve Gottlieb, 2014). Bu teorik çerçeveler ışığında değerlendirdiğimizde ise sağlık eşitsizliklerini anlamada ve politikaların şekillendirilmesinde önemli rol oynadığını görmekteyiz.

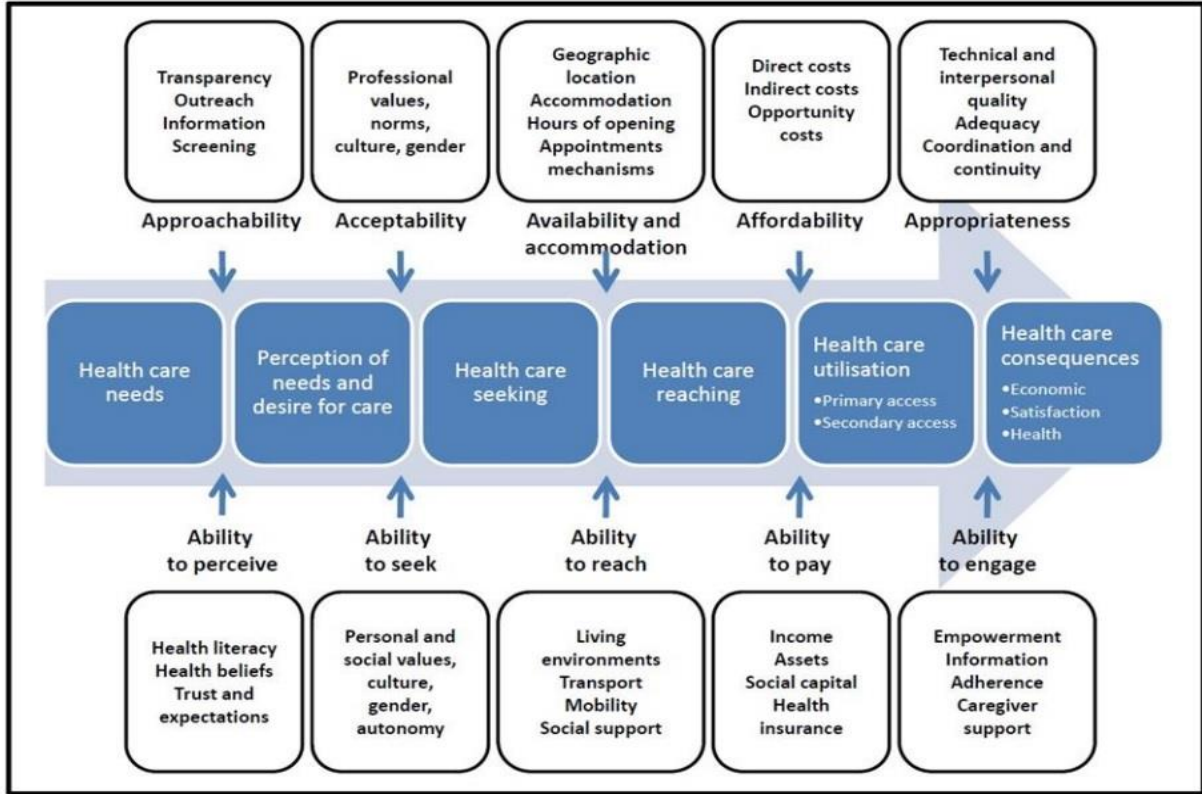
2.1.1. Erişim Kavramının Teorik Arka Planı

Erişim kavramına yönelik literatürde sağlık hizmetleri başta olmak üzere birçok kamu hizmeti alanında, bireylerin ihtiyaç duydukları kaynaklara ulaşabilme kapasitesini ifade etmekte ve tanımlanmaktadır. Sağlık alanında erişim, yalnızca hizmetin fiziksel mevcudiyetinden bahsetmemekte olup aynı zamanda bireyin bu hizmete sosyoekonomik, kültürel ve sistemsel açıdan ulaşabilirliğinin de içerisine alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde erişim çok boyutlu ve dinamik bir yapıyı ortaya çıkarmaktadır (Gulliford vd., 2002).

Penchansky ve Thomas (1981), erişim kavramını beş boyutta tanımlamaktadır. Bunlar; uygunluk (availability), ulaşılabilirlik (accessibility), karşılanabilirlik (affordability), kabul edilebilirlik (acceptability) ve süreklilik (accommodation) şeklindedir. Bu boyutlar çerçevesinde bireyin hizmete ulaşımında karşılaşılabileceği engelleri sistematik biçimde analiz etme imkânının sunulduğunu görmekteyiz.

Levesque ve arkadaşları (2013) ise erişimi kavramını hizmet sunucularının özellikleri ve bireylerin sağlık arama davranışları arasındaki etkileşim olarak ele almaktadır (Chikafu vd., 2022).

Şekil 1
Bakıma Erişim Çerçevesi



Kaynak: Levesque, J. F., Harris, M. F. ve Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18.

Levesque ve arkadaşlarının (2013) geliştirdiği bu yukarıdaki şekil 1’de yer alan model, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini hem bireysel kapasiteler hem de sağlık sisteminin yapısal özellikleri çerçevesinde çok kapsamlı olarak açıklamaktadır. Oluşturulan bu model iki ana bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler sağlık sisteminin erişim boyutları (yaklaşılabilirlik, kabul edilebilirlik, erişilebilirlik, karşılanabilirlik, uygunluk) ve bireylerin erişim yetileri (algılama, arama, ulaşma, ödeme, katılım) süreçleri olarak tanımlanmıştır. Süreç; bireyin sağlık ihtiyacını fark etmesiyle başlamaktadır. Sağlık arama davranışı ve hizmete ulaşma ile devam etmektedir. Son aşamada ise birey hizmeti kullanmakta ve bu kullanımın sağlık üzerindeki sonuçlarını değerlendirmektedir. Modelin her aşamasında bireyin yetileri, sosyal çevresi, ekonomik durumu ve sistemin işleyişi belirleyici rol şeklinde konumlandırılmıştır. Yine hizmetin maliyeti “karşılanabilirlik” boyutunu etkilerken, bireyin geliri ve sigortası “ödeme yetisini” belirlemektedir. Bu model sayesinde sağlık hizmetlerine erişimdeki çok boyutlu eşitsizlikleri analiz edebilmek adına kapsamlı bir kuramsal çerçeve oluşturulduğunu görmekteyiz.

Bu çerçevede değerlendirildiğinde erişim, sadece arz yönlü değil, aynı zamanda talep yönlü dinamiklerle de şekillenen bir süreç olarak kabul edilmektedir. Ayrıca Andersen'in Davranışsal Modeli incelendiğinde ise erişimi bireyin öncül, etkileştirici ve gereksinim temelli faktörleriyle ilişkilendirerek açıklamaktadır. Bu teorik yaklaşımlar beraberinde, erişimin yalnızca teknik değil, aynı zamanda sosyal bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır (Hommel vd., 2001).

2.1.2. Sağlıkta Erişim Modelleri: Penchansky ve Thomas Yaklaşımı

Penchansky ve Thomas (1981) tarafından geliştirilen erişim modeli incelendiğinde; sağlık hizmetlerine erişimin beş temel boyut çerçevesinde değerlendirildiğini göstermektedir. Oluşturulan bu model, birey ile sağlık sistemi arasındaki "uyum" kavramını merkeze alır ve erişimi yalnızca fiziksel bir ulaşım meselesi olarak değil, sistemle birey arasındaki çok boyutlu ilişki kapsamlı olarak tanımlar. Bu beş boyut uygunluk (availability), ulaşılabilirlik (accessibility), karşılanabilirlik (affordability), kabul edilebilirlik (acceptability) ve uyarlanabilirlik/süreklilik (accommodation) şeklindedir. Özellikle uygunluk; hizmetlerin türü ve miktarının ihtiyaçla ne derece örtüştüğünü araştırmakta olup ulaşılabilirlik, bireyin coğrafi olarak hizmete ne kadar yakın olduğunu ve karşılanabilirlik düzeyine bakmaktadır. Yine birey tarafından hizmetin ekonomik maliyetini karşılayabilme gücünü; kabul edilebilirlik, bireyin sosyo-kültürel değerleriyle hizmetin ne derece uyduğuyla yönelik faktörlerde model içerisinde incelenmektedir. Uyarlanabilirlik ise hizmetlerin bireyin yaşam tarzına ve beklentilerine ne ölçüde yanıt verdiğini kapsamlı olarak ifade etmektedir. Oluşturulan bu yaklaşım, özellikle sağlık politikalarının ve hizmet planlamalarının daha kapsayıcı hale gelmesine katkı sağlayan teorik bir çerçeve sunmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981).

2.1.3. Sağlık Hizmetine Erişimde “Algı” ve “Gerçeklik” İkilemi

Sağlık hizmetlerine erişimde hizmet alan bireylerin algıları ile hizmetin gerçek sunumu arasındaki fark, literatürde önemli bir tartışma alanı oluşturmaktadır. Hizmetin teknik olarak ulaşılabilir olması boyutu, birey tarafından erişilebilir olarak algılanmadığı durumlarda kullanım gerçekleşmemiş olarak kabul edilmektedir. Yine bir bölgede sağlık ocağının bulunması “gerçek” bir erişim göstergesi olarak kabul edilse de bireyin bu hizmetin kendisine uygun olmadığını düşünmesi, algısal bir engel yaratabilmektedir. Ortaya çıkan bu durum, özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde daha sık gözlemlenen bir sonuçtur. Bireyin “algılama yetisi”nin (ability to perceive) erişim sürecinin ilk aşaması olduğu yine birçok bilimsel araştırmanın sonuçlarında vurgulanmaktadır. Sağlık ihtiyacının fark edilmesi ile algı arasındaki bağa özellikle dikkat çekilmektedir. Ayrıca sosyo-kültürel değerler

çerçevesinde geçmiş deneyimler ve sistemle olan etkileşim de bu algıyı şekillendirmektedir. Algı ile gerçeklik arasındaki bu ikilem, beraberinde sağlık politikalarında sadece yapısal iyileştirmelerin değil bunlar ile birlikte ve aynı zamanda toplumsal farkındalık çalışmalarının da önemini göstermektedir (Levesque vd., 2013).

2.2. Sağlıkta Erişim Eşitsizliklerinin Analizi

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak hizmetlere zamanında ve etkin biçimde ulaşabilmesiyle ilgili olduğu yine dünya sağlık örgütünün raporlarında ayrıntılı olarak belirtilmektedir. Fakat bu erişim, farklı toplumsal gruplar arasında eşit dağılmadığı yönünde de raporlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2008) yılında yayınlandığı bir raporunda sağlıkta eşitsizliği önlenabilir, adil olmayan ve sistematik farklılıklar olarak tanımlaması dikkat çekmektedir. Bu bağlamda değerlendirdiğimizde ise erişim eşitsizlikleri; gelir düzeyi, eğitim seviyesi, coğrafi konum, cinsiyet ve etnik köken gibi sosyal belirleyicilerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (World Health Organization, 2016).

Andersen'in Davranışsal Modeli, bu eşitsizlikleri öncül, etkileştirici ve ihtiyaç temelli faktörler üzerinden analiz etmektedir. Aynı şekilde Levesque ve arkadaşlarının (2013) erişim modeli, bireyin “yetileri” ile sağlık sisteminin “boyutları” arasındaki uyumu vurgulamaktadır. Özellikle kırsal alanlarda yaşayan bireylerin fiziksel uzaklık ve hizmet eksikliği, kentsel bölgelerde ise ekonomik yük ve sosyo-kültürel uyumsuzluk, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyici unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca toplumsal dışlanma gibi faktörler ile sağlık okuryazarlığı eksikliği, hizmete erişimde algısal ve yapısal engeller yaratmaktadır. Gerçekleştirilen bu analizler, sağlık sistemlerinin yalnızca arz yönlü değil, aynı zamanda talep yönlü dinamiklerle değerlendirilmesi gerektiğini ve zorunluluğunu göstermektedir (Viveiros ve Darling, 2019).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Sosyoekonomik Düzeyin Etkisi

Günümüzde birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da sosyoekonomik düzey bireylerin gelir, eğitim, meslek ve yaşam koşulları gibi göstergelerle tanımlanan yaşam standartlarını ifade etmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerine erişim üzerinde belirleyici bir rol üstlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; sosyoekonomik düzeyin düşük olması durumunda bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının da azaldığı sıkça vurgulanmaktadır (Tulchinsky ve Varavikova, 2014).

Özellikle düşük gelir grup içerisinde yer alan bireyler, hem doğrudan maliyetler (muayene ücreti, ilaç giderleri) hem de dolaylı maliyetler (ulaşım, iş gücü kaybı) nedeni ile sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayabilmektedir (Lagarde ve Palmer, 2011).

Ayrıca eğitim düzeyinin düşmesi ve eğitimi düşük bireylerde sağlık okuryazarlığı sınırlı olması nedeni ile sağlık sistemini etkin kullanma ve hizmet arama davranışı da olumsuz etkilenmektedir. Diğer sosyoekonomik eşitsizlikler birçok alanda etkili olduğu gibi özellikle bireysel düzeyde, coğrafi ve bölgesel dağılımlar açısından da kendini göstermektedir. Kırsal bölgelerde ile dezavantajlı bölgelerde yaşayan bireyler ise hem sağlık altyapısına erişimde hem de uzman hizmetlere ulaşımında çeşitli engellerle karşı karşıya kalabilmektedir. Yine ortaya çıkan bu durum, sağlık hizmetlerinde hem arz hem talep yönlü eşitsizliklerin derinleşmesine neden oluşturmaktadır. Dolayısı ile sosyoekonomik düzey özellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde yapısal bir belirleyici olarak değerlendirilmesi gereken faktördür (Timur ve Metin, 2023).

2.2.2. Sağlık Hizmet Sunumunda Coğrafi ve Kentsel Dağılımın Rolü

Sağlık hizmetlerinin etkin, etkili ve adil bir şekilde sunumu, büyük ölçüde coğrafi ve kentsel dağılımdan etkilenmektedir. Kamusal uygulanan politikalar da genellikle bu yöndedir. Coğrafi konum beraberinde sağlık tesislerine erişimi, sağlık çalışanlarının dağılımını ve ulaşımın altyapısı gibi unsurları doğrudan etkileyerek planlanmasını sağlamaktadır (Zengin, 2010).

Kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, kent ve büyük şehir merkezlerine göre daha sınırlı olabilmekte; ortaya çıkan bu da hizmet kalitesinde ve sürekliliğinde farklılıklar yaratabilmektedir (Belli, 2019).

Diğer yandan, kentsel alanlarda nüfusun yoğun olması nedeni ile sağlık altyapısına olan talebi artırmakta ve kaynak kullanımında eşitsizliklerin oluşmasına neden olabilmektedir (Altuntaş ve Özyurt, 2020).

Ayrıca kentleşmenin oluşması ile birlikte sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler de sağlık hizmetlerinin sunum biçimini değiştirip dönüştürmektedir. Coğrafi bilgi sistemleri (GIS) gibi gelişen teknolojiler, bu farklılıkların ortaya çıkmasında, analiz edilmesinde ve hizmet planlamasında önemli olanaklar tanımaktadır. Kamu yönetimi ve üretilen politikalar bu analizler sonrasında elde edilen analiz sonuçlarına göre planlanmaktadır. Örneğin bir hastanenin ya da sağlık kurumunun kapasitesi gibi (Bayhan, 2022).

Bu çalışma ile uygulamaları Türkiye özelinde değerlendirdiğimizde büyükşehirlerde sağlık hizmetlerine erişim daha kolay iken, Türkiye'nin doğu ve güneydoğu bölgelerinde bu erişimin sınırlı olduğu Sağlık Bakanlığının (2022) yılı raporlarında belirtilmiştir. Raporlanmıştır. Bu

dağılımların eşitsizlikleri nedeni ile sağlıkta fırsat eşitliği ilkesinin tehdit altında olduğu ve bölgesel sağlık göstergelerinin farklılıklara neden oluşturması söz konusudur (Şimşek ve Mete, 2023).

2.2.3. Teknoloji Kullanımına Yönelik Dijital Bölünme ve Sağlık Okuryazarlığı

Dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşmasını kolaylaştırır da bu süreçte ortaya çıkan dijital bölünme önemli bir eşitsizlik alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Dijital bölünme; bireylerin teknolojik araçlara erişim, bu araçları kullanma becerileri ve dijital içerikleri anlama düzeyleri açısından farklılık göstermesini ifade etmektedir (Kuh ve Erdem, 2022). Sağlık okuryazarlığı ise bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama ve bu bilgiyi kullanarak uygun sağlık kararları alma yetkinliğini kapsar (Alır Derbent vd., 2023). Dijital bölünme, sağlık okuryazarlığını doğrudan etkileyerek bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerine ulaşmasını ve bu bilgileri değerlendirme becerisini sınırlandırabilmektedir. Özellikle yaşlı bireyler, düşük sosyoekonomik düzeydekiler ve kırsal bölgelerde yaşayanlar dijital sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır (Bulucu ve Ünsal, 2014). E-sağlık uygulamaları, mobil sağlık teknolojileri ve uzaktan sağlık danışmanlığı gibi dijital çözümler, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler için karmaşık ve erişilemez hale gelebilmektedir. Bu durum, dijitalleşmenin potansiyel faydalarının eşit şekilde dağılmasını engelleyebilir.

2.3. Uluslararası Uygulamalarda Sağlık Erişiminin Uygulamaları

Türkiye gibi sağlık hizmetlerine erişim, birçok dünya ülkesinin sağlık politikalarındaki temeli oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmetine erişimi “bireylerin ihtiyaç duyduklarında kaliteli sağlık hizmetlerini gecikmeksizin alabilmesi” olarak tanımlamaktadır (Topkaya, 2016).

Uluslararası gerçekleştirilen uygulamalarda bu erişimi sağlamak adına çeşitli stratejiler geliştirilmektedir. Bu konuda Birleşik Krallık'ta uygulanan Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), tüm vatandaşlara ücretsiz sağlık hizmeti sunmakta ve mali engelleri azaltmayı hedeflemektedir (Eke ve Kişi, 2019).

Kanada'da ise eyalet bazlı gerçekleştirilen ve de yönetilen kamu sağlık sigortası sistemi ile birlikte hizmetlerin bölgesel olarak planlanmasını ve ulaşılabilirliğini öne plana çıkarmaktadır. Bir diğer yandan, İsveç gibi ülkelerde sağlık hizmet sunumu yerel yönetimlerin sorumluluğunda ve yönetiminde olup bölgesel eşitliği sağlamak adına merkezi bütçeler ile desteklenmektedir (Martin vd., 2018).

Bu sağlık sistemlerine erişim Dünya Sağlık  rg t  tarafından sadece fiziksel mesafeyle değil, aynı zamanda dil, kültürel yeterlilik, sosyal kapsayıcılık gibi faktörlerle de değerlendirilmektedir. Bu çok boyutlu uygulama ile yaklaşımlar, sağlık hizmetine erişimin sadece yapısal değil aynı zamanda sosyal boyutlarını da kapsayacak şekilde değerlendirilmesini zorunlu hale getirmektedir (World Health Organization, 2010).

2.3.1. Evrensel Sağlık Kapsamı  er evesinde OECD ve DSÖ Yaklaşımları

Sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim evrensel sağlık kapsamı (Universal Health Coverage - UHC), bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine mali sıkıntı yaşamadan ulaşarak hedeflenen hizmetlerin alınmasına yönelik geliştirilmiş bir kavramdır. Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ), UHC'yi yalnızca hizmete erişimle sınırlı görmemekte olup sunulan hizmetlerin kalitesi ve finansal risk koruması gibi bileşenleri de içerecek şekilde tanımlamaktadır (Pınarbaşı ve Piyal, 2022).

DSÖ'nün küresel düzeyde geliştirilmesine yönelik önerdiği alanlardaki stratejiler; temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik olup kapsayıcı finansman modellerinin geliştirilerek sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması odaklandığını ortaya koymaktadır. OECD ise evrensel kapsama yaklaşımını çerçevesinde daha çok uygulanan sağlık sistemlerinin verimliliği, etkinliği ve performans  l  tleri üzerinden değerlendirmektedir. OECD'ye  ye ülkeler arasında yapılan birçok karşılaştırmada sağlık hizmet sunumunun kalitesi, sağlık harcamalarının dağılımı ve eşitlik ilkelerini ön planda olduğunu görmekteyiz (World Health Organization, 2006).

Yine OECD, politika yapıcılar için rehberlik sağlayan göstergeler seti incelendiğinde ise geliştirilmesi gereken ülkelerin UHC hedeflerine ne ölçüde yaklaştığını izlemektedir. Her iki kuruluş tarafından gerçekleştirilen bu uygulamalar da sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak adına toplumsal katılım, sağlık okuryazarlığı ve bütüncül hizmet modellerine önem vermektedir. Gerçekleştirilen bu yaklaşımlar, ülkelerin kendi bağlamalarına uygun bir şekilde UHC politikaları üretmesini teşvik etmeye yönelik uygulamalardır (Danış, 2022).

2.3.2. Gelişmiş  lkelerde Sağlık Sistemine Erişim Modelleri

Gelişmiş dünya ülkelerinde sağlık sistemine erişim, sağlık politikalarının temelini oluşturan bir unsur olup bu ülkelerde uygulanan modeller ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Bu modeller genellikle finansman yapılarının güçlü olmasını, hizmet sunum biçimleri ve kapsayıcılık düzeyleri açısından farklı kategorilerde sınıflandırılmaktadır. Türkiye'nin bu konuda bu sınıflandırma içerisinde yer almadığını ifade etmemiz gerekir. Çünkü Türkiye'nin

sağlık altyapısının bu anlamda özellikle yatırımlar açısından yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır (Sargutan, 2005).

Bismarck modeline yönelik uygulamalar gerçekleştiren Almanya ve Fransa gibi ülkelerde bu model benimsenmiş olup zorunlu sosyal sağlık sigortaları aracılığıyla hizmete erişimi kolaylıkla sağlayabilmektedir. Türkiye’de ise özel sağlık sigortalarının maliyetlerinin çok yüksek olması nedeni ile bu hizmetten toplumun çok küçük bir dilimi yararlanabilmektedir. Bu uygulanan sistemde hem çalışanlar hem de işverenler katkı payı öderken, hizmet sunumu çoğunlukla özel sektör üzerinden gerçekleşmekte ve kamusal denetime tabi olmaktadır (Özmen, 2017).

Beveridge modeli ise sadece Birleşik Krallık’ta uygulanmakta olup sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu tarafından toplanan genel vergilerle sağlanmaktadır. Devlet sağlık hizmetlerinin sunumunda hem finansör hem de hizmet sunucusu konumunda yer almaktadır. Kanada’da uygulanan ulusal sağlık sigortası modeline baktığımızda ise kamu tarafından finanse edilmekle birlikte hizmet sunumunun eyalet düzeyinde organize edildiğini görmekteyiz (Sönal, 2024).

Gelişmiş dünya ülkelerinde sağlık hizmetine erişim yalnızca maliyetle değil; aynı zamanda coğrafi dağılım, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimine yönelik ortaya çıkan sorunların iyileştirilmesi ya da ortadan kaldırılması, hizmetin kalitesi ve sağlık okuryazarlığı gibi faktörlerle de şekillendirilerek uygulanmaktadır. Ortaya çıkan bu durum erişim modellerinin çok boyutlu bir şekilde ele alınmasını ve uygulanmasını gerektirmekte olduğunu göstermektedir (Cansever ve Şenol, 2022).

2.3.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Erişimi Sorunları

Gelişmiş dünya ülkelerinde sağlık sistemine erişim, uygulanan sağlık politikaları ve finansman modellerine bağlı olarak farklılık göstermekte olduğundan dolayı bu ülkelerin sağlık hizmet politikaları da farklılık göstermektedir. Bu gelişmiş ülkelerde erişim genellikle üç temel model çerçevesinde şekillenmiştir. Bu kullanılan yaygın modeller arasında Beveridge modeli, Bismarck modeli ve ulusal sağlık sigortası modeli bulunmaktadır (Şahin ve Cezlan, 2023).

Beveridge modeli, Birleşik Krallık ve İskandinav ülkelerinde yaygın kullanılmakta olup sağlık hizmetleri genel vergilerle finanse edilerek toplum ve bireylerin ihtiyaçları karşılanmaktadır. Kamu tarafından çoğu zaman sağlık hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik stratejiler geliştirilerek toplumun daha refah içerisinde yaşaması adına sunulmaktadır. Bismarck modeli ise Almanya, Fransa ve Belçika gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanmakta olup sağlık

sigortaları aracılığıyla fonlanan bir yapıdır. Bu modelde hizmet sunumu çoğunlukla özel sağlık kuruluşları üzerinden yürütülerek kamusal denetime tabidir (Boz vd., 2022).

Kanada ve Güney Kore gibi ülkelerde uygulanan ve görülen ulusal sağlık sigortası modelinde ise merkezi bir kamu sigortası tarafından finanse edilen, fakat hizmetin hem kamu hem özel sektör tarafından sağlandığı bir yapının olduğunu görmekteyiz. Kullanılan bu erişim modelleri sadece finansmanla sınırlı değildir. Çünkü sağlık personelinin dağılımı, hizmete bekleme süreleri ile zaman yönetimi, coğrafi erişim ve hasta memnuniyeti gibi göstergelerle de değerlendirilmektedir. Bu ülkeler Dünya Sağlık Örgütü'nce belirlenen kriterler doğrultusunda sağlık sistemlerini iyileştirme çabası gütmektedir (Gür ve Göze Kaya, 2020).

2.4. Sağlıkta Erişim Göstergeleri ve Karşılaştırmalı Değerlendirme

Birçok dünya ülkesinde sağlık hizmetlerine erişimin ölçülmesi, etkili sağlık politikalarının geliştirilmesi açısından kritik önem arz etmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde erişim göstergeleri; sağlık hizmetlerine fiziksel erişim, mali erişilebilirlik, hizmet kalitesi ve hizmetten yararlanma gibi çok boyutlu alanları kapsamı içerisine almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evrensel sağlık kapsamı göstergeleri çerçevesinde yapılan değerlendirmelere baktığımızda; temel sağlık hizmetlerine erişim, finansal koruma, doğumda sağlık çalışanı yönelik yardım ve aşılama oranları gibi ölçütleri ile ön plana çıkarmaktadır (Öz, 2024).

OECD ise sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyine baktığımızda ise bekleme süreleri, hekim yoğunluğu ya da sayısı ve hasta memnuniyeti gibi göstergeler üzerinden karşılaştırmalı analizler yapıldığını göstermektedir. Tüm bu göstergeler, ülkeler arası sağlık sistemlerinin performansını kıyaslamada önemli bir rol üstlenmiştir. Bu konuda örneğin İskandinav ülkeleri yüksek erişim skorlarına sahipken, bazı Doğu Avrupa ülkelerinde bölgesel eşitsizliklerin olması dikkat çekmektedir. Ayrıca dijital sağlık hizmetlerinin gelişmiş dünya ülkelerinde artmasıyla birlikte, e-sağlık hizmetlerine erişim de yeni bir gösterge alanı olarak bu kriterler içerisinde değerlendirilmektedir. Kullanılan bu göstergeler üzerinden gerçekleştirilen analizler, sağlık sistemlerinde mevcut engelleri ve gelişim alanlarını çok net ortaya koyma potansiyeli taşımaktadır (Alkaya ve Alkaş, 2021).

2.4.1. Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Erişim Endeksleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ve sağlık hizmetlerine erişimin küresel düzeyde izlenebilmesi için çeşitli erişim endeksler ile göstergeler geliştirmiştir. Kullanılan bu endeksler, Evrensel Sağlık Kapsamı (Universal Health Coverage - UHC) çerçevesinde şekillenmektedir. Bu durum da temel sağlık hizmetlerine erişim ve finansal koruma olmak üzere

iki ana bileşeni kapsamaktadır. DSÖ'nün en bilinen ölçütlerinden birisi ise "UHC Service Coverage Index"tir. Çok yaygın olarak kullanılan bu indeks; başta üreme sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve sağlık sisteminin genel kapasitesine ilişkin 14 göstergenin ortalaması ile oluşturulmuştur (World Health Organization, 2002).

Özellikle aşılama oranları ile doğumda nitelikli ve yeterli sağlık personeli yardımı, temiz suya erişim ve temel ilaçların bulunabilirliği gibi göstergeler de bu endekste yer almaktadır. En önemli kriterlerin başında ise finansal koruma boyutunda yer alan hane halklarının sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşma riskinin dikkate alınmasıdır. DSÖ, bu endeksler aracılığı ile ülkeler arasında karşılaştırmalar yapmakta, sağlıkta eşitlik ve kapsayıcılık hedeflerine ne ölçüde yaklaşıldığını analiz ederek raporlamaktadır. Elde edilen bu veriler, başta politika yapıcılar için yönlendirici bir araç işlevi de görmektedir (Koohpayehzadeh vd., 2021).

2.4.2. Türkiye'nin Sağlıkta Erişim Performansının Uluslararası Konumlanması

Türkiye, son yirmi yıl içerisinde uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişim konusunda önemli ilerlemeler kaydetmiş olup maalesef sistemi etkili yönetememiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) verilerine göre değerlendirildiğinde Türkiye, özellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı açısından, doğumda sağlık personeli bulunma oranı ve aşılama gibi temel göstergelerde yüksek performans sergilemektedir. Fakat Türkiye'nin yoğun dış göç alması, nitelikli ve uzman hekim ile sağlık personelinin ülkeyi terk etmesi ile birlikte sağlık hizmetlerindeki kalitesi giderek düşmektedir (Keskin, 2018).

Türkiye'nin Evrensel Sağlık Kapsamı (UHC) Hizmet Kapsayıcılığı Endeksi 2021 yılı itibarıyla 70 seviyelerine ulaşmıştır. Yakalanan bu oran küresel ortalamasının oldukça üzerinde yer almaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamının neredeyse tüm nüfusu içine alacak şekilde genişletilmiş olup erişimi güçlendiren temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Fakat bunlarla birlikte kırsal-şehir ayrımı, hizmetlere coğrafi erişimde farklılıklar nedeni ile sağlık çalışanı dağılımı gibi konular hâlâ iyileştirilmesi gereken alanlar olarak değerlendirilmektedir. Türkiye'nin performansı, birçok gelişmekte olan ülkeye kıyasla daha yüksek seviyelerdedir. Fakat Türkiye'de halen sağlık erişiminde eşitlik ve sürdürülebilirlik odaklı yeni stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır (Konca, 2024).

2.4.3. Sağlık Politikalarında Erişim Odaklı Reform Örnekleri

Gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerinde; sağlık politikalarında erişim odaklı geliştirilen reformlar, bireylerin sağlık hizmetlerine fiziksel, ekonomik ve sosyo-kültürel engeller

olmaksızın ulaşmasını sağlamayı hedeflemektedir. Bu kapsamda çalışma gerçekleştiren birçok dünya ülkesi, hizmet kapsamını genişletmek, mali engelleri azaltmak ve sağlık altyapısını güçlendirmek adına reform süreçlerini halen yürütmüştür. Türkiye'nin 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile genel sağlık sigortasının yaygınlaştırılmasını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği modeliyle yeniden yapılandırılması sağlamaya çalışmıştır. Ayrıca birçok kamuya ait hastane birleşmeleri gibi adımlarla erişimi genişletmiştir (Ener ve Yelkikalan, 2003).

2.5. Sağlık Sisteminde Yapısal Faktörler ve Politika Üretimi

Sağlık sistemlerinin işleyişi, büyük ölçüde yapısal faktörler tarafından şekillendirilmektedir. Bu faktörler politika üretim sürecinde belirleyici rol oynamaktadır. Yapısal faktörler ise sağlık sisteminin örgütlenme biçimini, finansman modelini, insan kaynağı dağılımını, altyapı kapasitesi ve yönetim mekanizmaları gibi unsurları kapsamaktadır. Kullanılan ve ortaya çıkan bu unsurlar, sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi ve erişilebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık politikalarının hedeflerini ve önceliklerini belirlemektedir. Yine merkeziyetçi yapılarda politika üretimi daha hiyerarşik bir sistem ve hızlı gerçekleştirilirken, adem-i merkeziyetçi sistemlerde ise yerel dinamiklerin politika sürecine etkisi artmaktadır (Ranabhat vd., 2020).

Ayrıca sağlık harcamalarının finansman yapısı da politika tercihlerine yön vermektedir. Kamu ağırlıklı sistemlerde ise eşitlik ilkesi öne çıkmaktadır. Özel sektörün baskın olduğu yapılarda ise bireysel ödeme gücü belirleyici olmaktadır. İnsan kaynağı planlaması, teknolojik kapasite ve veri temelli karar alma sistemlerinin gelişmişliği de etkili politika üretimini destekleyen yapısal unsurlar arasında yer almaktadır. Bu çerçevede gerçekleştirilen sağlık politikaları, yalnızca hizmet ihtiyaçlarına değil aynı zamanda sistemin yapısal kapasitesine uygun biçimde şekillendirilmektedir (Çevik, 2013).

2.5.1. Sağlık Finansmanı ve Sigorta Sistemlerinin Rolü

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve kapsayıcılığı büyük ölçüde sağlık finansmanı modelleri ve sigorta sistemlerinin etkinliğine bağlı olarak yürütülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlık finansmanı; kaynak yaratma, fon havuzu oluşturma ve hizmet sağlayıcılara ödeme mekanizmaları olmak üzere üç temel başlık altında tanımlanmıştır. Geliştirilen sigorta sistemleri, bireylerin sağlık harcamaları karşısında mali anlamda korunmasını sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasında da önemli rol oynamaktadır. Kamuya dayalı sosyal sağlık sigortası sistemleri (örneğin Almanya ve Fransa'da

olduğu gibi) geniş nüfus kesimlerini kapsamı içerisine alarak risk paylaşımını mümkün kılmaktadır (Yılmaz vd., 2023).

Bir diğer yandan özel sağlık sigortaları, özellikle yüksek gelir gruplarında tamamlayıcı bir işlev görmekle birlikte, eşitsizliklerin derinleşmesine ve eşitsizlik yaşanmasına neden oluşturmaktadır. Türkiye’de 2003 yılı ile birlikte uygulamaya geçirilen Genel Sağlık Sigortası sistemi ile sağlık harcamalarının büyük kısmı kamu kaynaklarından karşılanır hale gelmiştir. Ortaya çıkan bu durum, finansal erişimin artırılmasına katkı sağlamaktadır. Etkin bir sağlık finansman yapısının oluşturulması ile birlikte hem hizmet sunumunun kalitesini güvence altına alınabilmektedir. Ayrıca bu durum sağlık hizmetlerine erişilebilirliğini de güvence altına alarak sağlık sisteminin temel taşı olma işlevini görmektedir (Ekiyor ve Akçınar, 2023).

2.5.2. Kamu – Özel Dengelemesi ve Hizmet Dağılımı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektör arasında bir denge bulunmaktadır. Bu durum sistemin erişilebilirlik, etkinlik ve sürdürülebilirlik açısından performansını doğrudan etkilemektedir. Özellikle kamu sektörü, genellikle temel sağlık hizmetlerinin ve halk sağlığı uygulamalarının yürütülmesinde ön planda olmasını sağlamaktadır. Oysaki özel sektör daha çok ikincil ve üçüncül basamak hizmetlerde, özellikle de büyük kentlerde yaygınlık göstermektedir. Bu iki yapı arasındaki dengenin doğru kurulması gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin coğrafi ve sosyoekonomik dağılımında adaleti sağlamada kritik öneme sahiptir. OECD ülkelerinde yapılan karşılaştırmalı analiz sonuçlarına baktığımızda kamu sektörünün güçlü olduğu sistemlerde hizmetin eşitlikçi olduğunu; özel sektörün baskın olduğu sistemlerde ise hizmete erişimin gelir düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini görmekteyiz. Türkiye’de bu açıdan özel sağlık hizmetlerine erişimde eşitlikçilik kavramından hayli uzaktadır. Türkiye’nin özellikle son beş yıl içerisinde yaşadığı ekonomik sorunlar nedeni ile birçok toplum bireyinin kamu sağlık kurumlarından dahi hizmet alamadığını ortaya koymaktadır (Altay, 2007). Bu tez araştırmasında da yapılan uygulama sonuçları bu durumu destekler şekildedir. Türkiye’de 2000’li yıllardan itibaren özel hastanelerin sayısında ciddi artış yaşanmıştır. Ancak ortaya çıkan bu durumun özellikle kırsal bölgelerdeki kamu hizmetlerine olan bağımlılığı artırdığı ifade edilmektedir. Ayrıca kamu-özel işbirliği (PPP) modeliyle inşa edilen şehir hastaneleri ile bu dengenin yeniden şekillenmesinde önemli bir rol oynadığı söylenmektedir. Fakat hem yapılan bilimsel çalışmalar hem de bu tezin uygulaması sonrasında elde edilen bilgi, veri ve analiz sonuçlarına göre bu durum maalesef gerçeği yansıtmamaktadır. Yani Türkiye’de çok sayıda şehir hastanesinin olması ve büyük kapasiteli hastane ile sağlık kurumlarının hayata geçirilmesi toplum tarafından istenen sağlık hizmetlerinin tam ve eksiksiz alınamadığını ortaya

koymakta ve de kanıtlamaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde ise kamu ve özel sektörün rollerinin net tanımlanması gerektiğini, hizmetlerin etkin bir şekilde dağılım gerektirdiğini ve bu açısından temel bir politika alanı oluşturduğu unutulmamalıdır (Emek, 2017).

2.5.3. Uluslararası İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye için Uyarlanabilirlik

Günümüzde özellikle sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde uluslararası iyi uygulama birçok örnekleri bulunmaktadır. Bu örnekler politika yapıcılar için önemli bir referans kaynağı oluşturmaktadır. Kullanılan bu örnekler; hizmete erişim, kalite, finansal sürdürülebilirlik ve hasta memnuniyeti gibi alanlarda başarıya ulaşmış ülke deneyimlerine dayanarak hazırlanmıştır. Bu konuda örnek alınan Hollanda'nın rekabetçi sağlık sigortası modeli, hizmet kalitesini artırırken maliyetleri kontrol altında tutma konusunda dikkat çekici sonuçlar elde etmiştir. İsveç'te uygulanan bölgesel sağlık yönetimi sistemi ile birlikte yerel ihtiyaçlara göre şekillenen esnek bir yapı sunulmuş ve erişimde dengeyi sağlanmıştır. Güney Kore ülkesinde ise dijital sağlık uygulamalarının entegrasyonu sayesinde sağlık hizmetlerinin etkinliğini oldukça artırmıştır (Bilgin ve Göral, 2017).

Kullanılan bu modellerin Türkiye'ye uyarlanabilirliği, mevcut sağlık sisteminin yapısı, sosyoekonomik dinamikler ve siyasi irade ile doğrudan ilişki içerisinde. Türkiye'nin merkeziyetçi sağlık yönetim anlayışı, dijitalleşme potansiyeli ve genel sağlık sigortası altyapısı sorunları, bazı unsurların adaptasyonunu mümkün kılmamaktadır. Fakat her ülkenin kendi bağlamına özgü ihtiyaçlarını ve kültürel farklarını göz önünde bulundurması gerekmektedir. Başarılı bir uyarlama süreci için bu uygulamalar bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulamasından vazgeçilmemelidir (Limanlı, 2021).

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Çalışmada öncelikle sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirildi. Sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının, katılımcıların demografik özelliklerine göre normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors, 1967) ve Shapiro-Wilk (Shapiro ve Wilk, 1965) testleri ile incelendi. Katılımcıların cinsiyet durumunda bulunan kayıp gözlemler beklentiyi maksimize etme (Expectation-Maximization (EM)) yöntemi ile tahmin edilerek atama yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre normal dağılmayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında iki gruplu karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, en az üç gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Kruskal Wallis H testi sonucunda anlamlı fark bulunması durumunda Bonferroni düzeltmeli Dunn testi ile çoklu karşılaştırmalar incelendi. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama, standart sapma ($\text{Ort} \pm \text{SS}$), ortanca, minimum ve maksimum (Ortanca (Min.-Maks.)) şeklinde, kategorik veriler için ise frekans (n) ve yüzde olarak sunuldu. Tüm hesaplamalarda ve yorumlamalarda istatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p < 0.05$ ” olarak dikkate alındı. Veriler IBM SPSS 27 programı ile analiz edildi (IBM Corp, 2020).

3.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları Kısıtlılıklar

Bu hazırlanan tez çalışması yalnızca İstanbul ili ile sınırlı tutulmuş olup İstanbul ve dört ilçe (Bakırköy, Başakşehir, Küçükçekmece, Ümraniye) örneklem olarak seçilmiştir. Araştırma sonrasında elde edilen bulgular bu ilçelerde yaşayan bireylerin algılarına dayanmaktadır. Dolayısı ile daha geniş bir genelleme yapılması sınırlıdır. Katılımcıların sosyoekonomik farklılıkları dikkate alınmış olsa da bazı gruplar yeterince temsil edilememiş olabilir. Anket yöntemiyle toplanan veriler, bireylerin öznel değerlendirmelerini yansıttığından algı ve gerçeklik arasında farklılıklar oluşabileceği düşünülmektedir. Yine dijital erişim düzeyi düşük bireylerin temsil oranı araştırma içerisinde sınırlı kalmıştır.

3.2. Veri Toplama Yöntemi

Bu araştırmada nicel araştırma yöntemi çerçevesinde ve kapsamında benimsenmiş olup veriler anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anketler hem yüz yüze görüşmeler yolu ile hem de Google Form üzerinden çevrim içi olarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcıların tamamına yakını sosyal medya hesapları üzerinden araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılanların tamamı gönüllük esasına dayalı olarak bu araştırmaya katılım sağlamıştır. İstanbul’un dört ilçesinde (Bakırköy, Başakşehir, Küçükçekmece, Ümraniye) yaşayan bireyler örneklem olarak

araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçek “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeği”, Yılmaz ve arkadaşları (2025) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış bir ölçek araçtır. Çalışmada kullanılan ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; erişilebilirlik, ulaşılabilirlik, uygunluk ve kabul edilebilirlik şeklindedir. Bu tez çalışmasında kullanılan ölçek için geliştiricilerden yazılı onam ve izin alınarak tez kapsamında kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alfa değeri 0.972 olarak hesaplanmış ve ölçeğin yüksek derecede iç tutarlılığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

3.3. Etik Beyanı

Bu tez çalışmasında, bilimsel araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiş olup ulusal ve uluslararası alanda geçerliliği olan etik kurallar çerçevesinde araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürecinde elde edilen veriler, katılımcıların gönüllü onamı alınarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan kişisel bilgiler gizli tutulmuş ve üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır. Aynı şekilde araştırma ve uygulamanın bitimi ile birlikte bu bilgilerin tamamı hiçbir yerde saklı ve kayıtlı kalmamak üzere yok edilmiştir. Katılımcı haklarına hukuki kurallar ve yaptırımlar çerçevesinde saygı gösterilmiş, herhangi bir yönlendirme, baskı veya zorlama olmaksızın veriler toplanmıştır. Kullanılan ölçek için gerekli gerekli her türlü izinler alınmıştır. Atıflar eksiksiz ve akademik kurallara uygun şekilde yapılmış ve de düzenlenmiştir. Araştırma ve uygulamada hiçbir şekilde manipülasyon uygulanmamış, gerçek bilgi ve verilerin dışında hareket edilmemiştir. Veriler üzerinde hiçbir tahrifat gerçekleştirilmemiştir. Bu tez, etik ilkelere uygun olarak özgün biçimde hazırlanmıştır. Ayrıca bu tez ve uygulamaya yönelik olarak İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Etik Kurulu tarafından Tarih:28.03.2025 ve Toplantı Sayısı:2025/03 etik kurul onayı alınmıştır.

Tablo 1

Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeğine Ait Güvenirlilik Sonuçları

Madde	Ort.	SS	DMK	MSA	Cronbach Alfa
Erişilebilirlik					
S1	3.331	1.179	0.688	0.898	0.898
S2	3.632	1.156	0.788	0.863	
S3	3.266	1.254	0.783	0.864	
S4	3.401	1.250	0.836	0.844	
Kabul Edilebilirlik					
S5	3.266	1.222	0.756	0.944	0.947

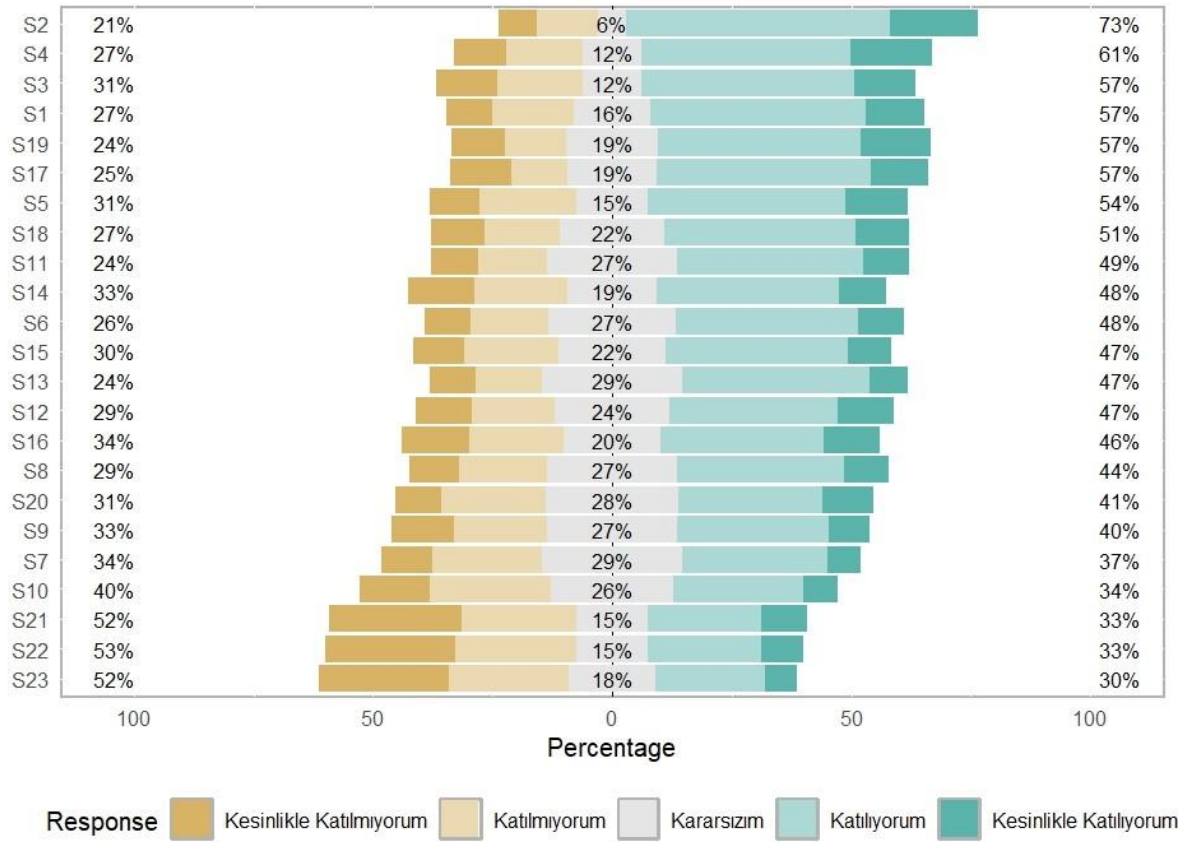
S6	3.219	1.120	0.836	0.938	
S7	3.003	1.111	0.823	0.939	
S8	3.144	1.136	0.869	0.936	
S9	3.030	1.175	0.842	0.938	
S10	2.868	1.178	0.813	0.940	
S11	3.241	1.123	0.822	0.939	
S12	3.179	1.198	0.708	0.947	
Uyum/Uygunluk					
S13	3.219	1.093	0.747	0.945	
S14	3.107	1.234	0.754	0.945	
S15	3.154	1.163	0.815	0.940	
S16	3.095	1.252	0.767	0.944	0.948
S17	3.311	1.211	0.838	0.939	
S18	3.241	1.183	0.875	0.936	
S19	3.366	1.206	0.842	0.938	
S20	3.107	1.148	0.836	0.939	
Ulaşılabilirlik					
S21	2.634	1.360	0.819	0.869	
S22	2.612	1.338	0.883	0.813	0.909
S23	2.570	1.285	0.756	0.920	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, DMK: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu, MSA: Madde silindiğinde Cronbach Alfa

Tablo 1’de sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeğinin alt boyutlarına ait Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları ve madde toplam korelasyonlarına ait katsayılar sunulmuştur. Erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, uyum/uygunluk ve ulaşılabilirlik boyutlarına ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.898, 0.947, 0.948 ve 0.909 olarak elde edildi. Alt boyutlara ait madde toplam korelasyon katsayılarının 0.30’dan büyük olduğu görülmektedir. 4 alt boyut ve 23 maddeden oluşan ölçeğin genel Cronbach alfa katsayısı ise 0.972 olarak bulunmuştur. Güvenilirlik analizi bulguları incelendiğinde, sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeğinin iç tutarlılık açısından yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 2

Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı



Şekil 2’de, sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeğinin maddelerine katılımcıların verdiği yanıtların likert tipli dağılımları verilmiştir. Sonuçlara göre katılma düzeyi en yüksek olan madde S2 (2.soru); en düşük olan madde ise S23 (23. soru)’dur.

Tablo 2

Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Erişim Ölçeğinin Maddelerine Katılımcıların Verdiği Yanıtların Dağılımı

Madde	n	%
S1		
Kesinlikle Katılmıyorum	39	9.7
Katılmıyorum	68	16.9
Kararsızım	65	16.2
Katılıyorum	181	45
Kesinlikle Katılıyorum	49	12.2
S2		
Kesinlikle Katılmıyorum	32	8

	Katılmıyorum	51	12.7
	Kararsızım	24	6
	Katılıyorum	221	55
	Kesinlikle Katılıyorum	74	18.4
S3			
	Kesinlikle Katılmıyorum	51	12.7
	Katılmıyorum	72	17.9
	Kararsızım	49	12.2
	Katılıyorum	179	44.5
	Kesinlikle Katılıyorum	51	12.7
S4			
	Kesinlikle Katılmıyorum	44	10.9
	Katılmıyorum	64	15.9
	Kararsızım	50	12.4
	Katılıyorum	175	43.5
	Kesinlikle Katılıyorum	69	17.2
S5			
	Kesinlikle Katılmıyorum	42	10.4
	Katılmıyorum	81	20.1
	Kararsızım	60	14.9
	Katılıyorum	166	41.3
	Kesinlikle Katılıyorum	53	13.2
S6			
	Kesinlikle Katılmıyorum	38	9.5
	Katılmıyorum	65	16.2
	Kararsızım	108	26.9
	Katılıyorum	153	38.1
	Kesinlikle Katılıyorum	38	9.5
S7			
	Kesinlikle Katılmıyorum	42	10.4
	Katılmıyorum	93	23.1
	Kararsızım	117	29.1
	Katılıyorum	122	30.3

	Kesinlikle Katılıyorum	28	7
S8			
	Kesinlikle Katılmıyorum	41	10.2
	Katılmıyorum	74	18.4
	Kararsızım	110	27.4
	Katılıyorum	140	34.8
	Kesinlikle Katılıyorum	37	9.2
S9			
	Kesinlikle Katılmıyorum	53	13.2
	Katılmıyorum	78	19.4
	Kararsızım	109	27.1
	Katılıyorum	128	31.8
	Kesinlikle Katılıyorum	34	8.5
S10			
	Kesinlikle Katılmıyorum	59	14.7
	Katılmıyorum	102	25.4
	Kararsızım	103	25.6
	Katılıyorum	109	27.1
	Kesinlikle Katılıyorum	29	7.2
S11			
	Kesinlikle Katılmıyorum	40	10
	Katılmıyorum	57	14.2
	Kararsızım	110	27.4
	Katılıyorum	156	38.8
	Kesinlikle Katılıyorum	39	9.7
S12			
	Kesinlikle Katılmıyorum	47	11.7
	Katılmıyorum	70	17.4
	Kararsızım	96	23.9
	Katılıyorum	142	35.3
	Kesinlikle Katılıyorum	47	11.7
S13			
	Kesinlikle Katılmıyorum	39	9.7

	Katılmıyorum	56	13.9
	Kararsızım	117	29.1
	Katılıyorum	158	39.3
	Kesinlikle Katılıyorum	32	8
S14			
	Kesinlikle Katılmıyorum	56	13.9
	Katılmıyorum	78	19.4
	Kararsızım	75	18.7
	Katılıyorum	153	38.1
	Kesinlikle Katılıyorum	40	10
S15			
	Kesinlikle Katılmıyorum	43	10.7
	Katılmıyorum	79	19.7
	Kararsızım	90	22.4
	Katılıyorum	153	38.1
	Kesinlikle Katılıyorum	37	9.2
S16			
	Kesinlikle Katılmıyorum	57	14.2
	Katılmıyorum	79	19.7
	Kararsızım	82	20.4
	Katılıyorum	137	34.1
	Kesinlikle Katılıyorum	47	11.7
S17			
	Kesinlikle Katılmıyorum	52	12.9
	Katılmıyorum	47	11.7
	Kararsızım	75	18.7
	Katılıyorum	180	44.8
	Kesinlikle Katılıyorum	48	11.9
S18			
	Kesinlikle Katılmıyorum	45	11.2
	Katılmıyorum	64	15.9
	Kararsızım	87	21.6
	Katılıyorum	161	40

	Kesinlikle Katılıyorum	45	11.2
S19			
	Kesinlikle Katılmıyorum	45	11.2
	Katılmıyorum	51	12.7
	Kararsızım	77	19.2
	Katılıyorum	170	42.3
	Kesinlikle Katılıyorum	59	14.7
S20			
	Kesinlikle Katılmıyorum	38	9.5
	Katılmıyorum	88	21.9
	Kararsızım	112	27.9
	Katılıyorum	121	30.1
	Kesinlikle Katılıyorum	43	10.7
S21			
	Kesinlikle Katılmıyorum	112	27.9
	Katılmıyorum	96	23.9
	Kararsızım	60	14.9
	Katılıyorum	95	23.6
	Kesinlikle Katılıyorum	39	9.7
S22			
	Kesinlikle Katılmıyorum	110	27.4
	Katılmıyorum	102	25.4
	Kararsızım	59	14.7
	Katılıyorum	96	23.9
	Kesinlikle Katılıyorum	35	8.7
S23			
	Kesinlikle Katılmıyorum	109	27.1
	Katılmıyorum	101	25.1
	Kararsızım	73	18.2
	Katılıyorum	92	22.9
	Kesinlikle Katılıyorum	27	6.7

Tablo 2’de katılımcıların sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeğinin maddelerine verdikleri yanıtlara ait dağılım bulguları sunulmuştur. Şekil 1’de elde edildiği gibi; katılma düzeyi en yüksek olan madde S2 (2.soru), en düşük olan madde ise S23 (23. soru) olarak tespit edildi.

Tablo 3

Sağlık Hizmetlerine Erişim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular

Değişken	Ort. $\pm$ SS	Ortanca (min.-maks.)
Erişilebilirlik	3.41 $\pm$ 1.06	3.75 (1 - 5)
Kabul Edilebilirlik	3.12 $\pm$ 0.99	3.25 (1 - 5)
Uyum/Uygunluk	3.2 $\pm$ 1.02	3.38 (1 - 5)
Ulaşılabilirlik	2.61 $\pm$ 1.22	2.33 (1 - 5)
Erişim	3.13 $\pm$ 0.95	3.26 (1 - 5)

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, min.: Minimum, maks.: Maksimum

Tablo 3’te sağlık hizmetlerinde algılanan erişim ölçeğinden elde edilen toplam ve alt boyut puanlarına ait tanımlayıcı bulgular sunulmuştur. Katılımcıların erişilebilirlik boyutu ortalama puanı 3.41, kabul edilebilirlik boyutu ortalama puanı 3.12, uyum/uygunluk boyutu ortalama puanı 3.2 ve ulaşılabilirlik boyutu ortalama puanı ise 2.61 olarak elde edildi. Ölçeğin toplam puanını ifade eden erişim puanı ortalaması ise 3.13 olarak bulunmuştur.

Tablo 4

Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	281	69.9
Erkek	121	30.1
Yaş		
18-20	8	2
21-25	12	3
26-30	50	12.4
31-40	95	23.6
41-50	114	28.4
51-65	105	26.1
66+	18	4.5
Meslek		

Öğrenci	13	3.2
İşçi	116	28.9
Memur	49	12.2
Serbest Meslek	83	20.6
Emekli	95	23.6
Çalışmıyor	46	11.4
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	3	0.7
İlköğretim	34	8.5
Lise	103	25.6
Yüksekokul – Üniversite	216	53.7
Yüksek Lisans Doktora	46	11.4
Sosyo-Ekonomik Düzey		
Düşük	58	14.4
Orta	297	73.9
Yüksek	47	11.7
Medeni Durum		
Bekâr	142	35.3
Evli	260	64.7
Yaşanılan Yer		
Şehir	349	86.8
İlçe	52	12.9
Köy	1	0.2
Yaşanılan Bölgedeki Sağlık Kurumu Türleri		
Aile Sağlık Polikliniği	40	10
Hastane	59	14.7
Eğitim Hastanesi	10	2.5
Üniversite Hastanesi	7	1.7
Hepsi	285	70.9
Hiçbirisi	1	0.2
Kronik Hastalık		
Hayır	290	72.1
Evet	112	27.9

Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada yeterlilik

Hayır	63	15.7
Evet	339	84.3

Sağlık Güvencesi Türü

SGK	348	86.6
Genel Sağlık Sigortası	33	8.2
Yeşil Kart	2	0.5
Hiçbirisi	19	4.7

Özel Sağlık Sigortası

Hayır	243	60.4
Evet	159	39.6

Genellikle Hizmet Alınan sağlık Kurumu

Kamu Kurumlarından	102	25.4
Özel Sağlık Kurumlarından	83	20.6
Her iki Kurumdan	217	54

Hizmet Alınan Sağlık Kurumları ile Hukuki veya Farklı Bir Sorun Yaşama

Hayır	361	89.8
Evet	41	10.2

Ülkemizin Sağlık Sistemini Nasıl Değerlendiriyorsunuz

İyi	74	18.4
Ne İyi Ne Kötü	196	48.8
Kötü	132	32.8

Sağlık Hizmetleri İçin Ödenen Ücretleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz

Düşük	8	2
Normal	81	20.1
Yüksek	313	77.9

Tablo 4’te çalışmaya dahil edilen katılımcıların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular sunulmuştur. Katılımcıların %69.9’u kadın, %30.1’i erkektir. Yaş dağılımı incelendiğinde, en büyük yaş grubu %28.4 ile 41-50 yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcıların meslek grupları arasında en büyük oran %28.9 ile işçi kategorisinde yer almaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %53.7’sinin yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Sosyo-ekonomik düzey açısından, katılımcıların %73.9’u orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde,

katılımcıların %64.7'si evlidir. Katılımcıların yaşadıkları yerleşim yerleri incelendiğinde, %86.8'i şehirde yaşamaktadır. Yaşanılan bölgede bulunan sağlık kurumları açısından, katılımcıların %70.9'u bölgesinde tüm sağlık kurumu türlerinin bulunduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %27.9'unda kronik hastalık bulunmaktadır. Teknolojik iletişim araçlarını kullanarak sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli gören katılımcıların oranı %84.3'tür. Sağlık güvencesi açısından, katılımcıların %86.6'sı SGK kapsamında sigortalıdır. Katılımcıların %39.6'sı özel sağlık sigortasına sahiptir. Sağlık hizmeti alınan kurumlar incelendiğinde, katılımcıların %54'ü hem kamu hem de özel sağlık kurumlarından hizmet aldığını belirtmiştir. Hizmet alınan sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşama durumu açısından, katılımcıların %10.2'si böyle bir deneyimi olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların sağlık sistemine yönelik değerlendirmeleri incelendiğinde, %48.8'i sağlık sistemini ne iyi ne de kötü olarak değerlendirmiştir, %32.8'i kötü, %18.4'ü ise iyi olarak değerlendirmiştir. Sağlık hizmetleri için ödenen ücretlerin seviyesi hakkında, katılımcıların %77.9'u sağlık hizmetleri ücretlerini yüksek olarak değerlendirmiştir.

Tablo 5
Demografik Özelliklere Göre Erişilebilirlik Boyutu Puanının İncelenmesi

Değişken	Ort. ± SS	Ortanca (min.-maks.)	Test İst.	p
Cinsiyet				
Kadın	3.4 ± 0.99	3.75 (1 - 5)	-0.028	0.978 ^m
Erkek	3.4 ± 1.2	3.75 (1 - 5)		
Yaş				
18-20	3.7 ± 0.82	4 (1.75 - 4.25)	10.465	0.106 ^b
21-25	4 ± 0.35	4 (3 - 4.5)		
26-30	3.3 ± 1.14	3.5 (1 - 5)		
31-40	3.5 ± 1.02	3.75 (1 - 5)		
41-50	3.5 ± 0.97	3.88 (1 - 5)		
51-65	3.2 ± 1.19	3.5 (1 - 5)		
66+	3.1 ± 0.96	3.38 (1 - 4.25)		
Meslek				
Öğrenci	3.4 ± 0.99	4 (1.25 - 4.25)	9.072	0.106 ^b
İşçi	3.5 ± 1.02	3.75 (1 - 5)		
Memur	3.6 ± 0.97	3.75 (1 - 5)		
Serbest Meslek	3.5 ± 1.2	4 (1 - 5)		
Emekli	3.1 ± 1.02	3.5 (1 - 5)		
Çalışmıyor	3.5 ± 1.01	4 (1 - 5)		
Eğitim Durumu				

Okur Yazar	2.2 ± 1.61	1.5 (1 - 4)		
İlköğretim	3 ± 1.33	3.13 (1 - 5)		
Lise	3.3 ± 1.08	3.5 (1 - 5)	10.296	0.051 ^h
Yüksekokul – Üniversite	3.5 ± 1.03	3.75 (1 - 5)		
Yüksek Lisans Doktora	3.8 ± 0.67	4 (2.25 - 5)		
Sosyo-Ekonomik Düzey				
Düşük	3 ± 1.12	3 (1 - 5) ^b		
Orta	3.5 ± 1.03	3.75 (1 - 5) ^a	12.994	0.002^h
Yüksek	3.6 ± 1.05	4 (1 - 5) ^a		
Medeni Durum				
Bekar	3.3 ± 1.07	3.75 (1 - 5)	-0.938	0.348 ^m
Evli	3.5 ± 1.05	3.75 (1 - 5)		
Yaşanılan Yer				
Şehir	3.4 ± 1.06	3.75 (1 - 5)	-1.125	0.261 ^m
İlçe	3.3 ± 1.03	3.5 (1 - 5)		
Yaşanılan Bölgedeki Sağlık Kurumu Türleri				
Aile Sağlık Polikliniği	2.8 ± 0.95	2.75 (1 - 4.25) ^b		
Hastane	3.2 ± 1.11	3.5 (1 - 5) ^{ab}		
Eğitim Hastanesi	3.2 ± 1.17	3.25 (1.5 - 5) ^{ab}	22.959	<0.001^h
Üniversite Hastanesi	3.6 ± 1.26	4.25 (1.25 - 4.75) ^{ab}		
Hepsi	3.5 ± 1.02	4 (1 - 5) ^a		
Kronik Hastalık				
Hayır	3.4 ± 1.05	3.75 (1 - 5)	-1.255	0.210 ^m
Evet	3.3 ± 1.07	3.5 (1 - 5)		
Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada yeterlilik				
Hayır	3 ± 1.19	3 (1 - 5)	-3.183	0.001^m
Evet	3.5 ± 1.01	3.75 (1 - 5)		
Sağlık Güvencesi Türü				
SGK	3.4 ± 1.05	3.75 (1 - 5)		
Genel Sağlık Sigortası	3.6 ± 1.2	4 (1 - 5)	2.252	0.324 ^h
Hiçbirisi	3.6 ± 0.98	4 (1 - 5)		
Özel Sağlık Sigortası				
Hayır	3.3 ± 1.11	3.5 (1 - 5)	-1.676	0.094 ^m
Evet	3.6 ± 0.96	3.75 (1 - 5)		
Genellikle Hizmet Alınan sağlık Kurumu				
Kamu Kurumlarından	3 ± 1.16	3.13 (1 - 5) ^b		
Özel Sağlık Kurumlarından	3.6 ± 0.91	3.75 (1 - 5) ^a	15.282	<0.001^h
Her iki Kurumdan	3.5 ± 1.02	4 (1 - 5) ^a		

Hizmet Alınan Sağlık Kurumları ile Hukuki veya Farklı Bir Sorun Yaşama

Hayır	3.4 ± 1.06	3.75 (1 - 5)	-1.492	0.136 ^m
Evet	3.2 ± 1.07	3.5 (1 - 5)		
Ülkemizin Sağlık Sistemini Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
İyi	4 ± 1.01	4 (1 - 5) ^a		
Ne İyi Ne Kötü	3.5 ± 0.99	3.75 (1 - 5) ^b	49.501	<0.001 ^h
Kötü	3 ± 1.04	3.13 (1 - 5) ^c		
Sağlık Hizmetleri İçin Ödenen Ücretleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
Düşük	3.1 ± 1.18	3 (1.5 - 5) ^{ab}		
Normal	3.8 ± 1.08	4 (1 - 5) ^a	18.882	<0.001 ^h
Yüksek	3.3 ± 1.03	3.5 (1 - 5) ^b		

m: Mann Whitney U testi, h: Kruskall Wallis H testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Bonferonni düzeltilmeli Dunn testi), ort.: ortalama, SS: Standart sapma, m,n.: Minimum, maks.: Maksimum

Tablo 5’te katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık hizmetlerine erişim ölçeği erişilebilirlik boyutu puanlarına ait karşılaştırma bulguları sunulmuştur. Yaşanılan yeri köy olan, yaşanılan bölgede hiçbir sağlık kurumu türü bulunmayan ve sağlık güvencesi türü yeşil kart olan katılımcı sayısı 3’ün altında tespit edilmiştir (tablo 4). Gözlem sayısı 3’ün altında olan gruplarda varyans tahmini yapılamadığı için güvenilir sonuçlar elde edilemeyeceğinden analizlere dahil edilememiştir.

Katılımcıların cinsiyetine göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.978). Katılımcıların yaş gruplarına göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (p=0.106). Katılımcıların meslek gruplarına göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0.106). Katılımcıların eğitim durumlarına göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p=0.051). Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0.002). Bu farklılık sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcılar ile sosyoekonomik düzeyi orta ve yüksek olan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların erişilebilirlik puanı ortanca değeri 3 iken, sosyoekonomik düzeyi orta olan katılımcıların ortanca değeri 3.75 ve yüksek olan katılımcıların ortanca değeri ise 4 olarak elde edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.348). Katılımcıların yaşadıkları

bölgelere göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.261$). Katılımcıların yaşadıkları bölgedeki sağlık kurumu türlerine göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği olan katılımcıların puanları ile tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği bulunan katılımcıların erişilebilirlik puanı ortanca değeri 2.75 iken, yaşadıkları bölgede tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların ortanca değeri 4 olarak elde edildi. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.210$). Katılımcıların teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görme durumuna göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.001$). Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görmeyen katılımcıların erişilebilirlik puanı ortanca değeri 3 iken, kendini yeterli gören katılımcıların ortanca değeri 3.75 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık güvencesi türlerine göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.324$). Katılımcıların özel sağlık sigortası bulunma durumuna göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.094$). Katılımcıların genellikle hizmet aldığı sağlık kurumlarına göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların puanları ile özel sağlık kurumlarından ve her iki kurumdan hizmet alan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların erişilebilirlik puanı ortanca değeri 3.13 iken, genellikle özel sağlık kurumlarından hizmet alan katılımcıların ortanca değeri 3.75 ve her iki kurumdan da hizmet alan katılımcıların ortanca değeri ise 4 olarak elde edildi. Katılımcıların şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşama durumuna göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.136$). Katılımcıların ülkemizin sağlık sistemini nasıl değerlendirdiklerine göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farklılık ülkemizin sağlık sistemini iyi, ne iyi ne kötü ve kötü olarak değerlendiren tüm katılımcılar arasında görülmektedir. En yüksek erişilebilirlik puanı ortanca değeri 4 ile ülkemizin sağlık sistemini iyi olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilirken, en düşük ortanca değer 3.13 ile ülkemizin sağlık sistemini kötü olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri değerlendirmelerine göre erişilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların puanları ile ödenen

retleri yüksek bulan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ödenen retleri normal bulan katılımcıların erişilebilirlik puanı ortanca değeri 4 iken, ödenen retleri yüksek bulan katılımcıların ortanca değeri 3.5 olarak elde edildi.

Tablo 6

Demografik zelliklere Göre Kabul Edilebilirlik Boyutu Puanının İncelenmesi

Değişken	Ort. ± SS	Ortanca (min.-maks.)	Test İşt.	p
Cinsiyet				
Kadın	3.1 ± 0.93	3.25 (1 - 5)	-0.198	0.843 ^m
Erkek	3.1 ± 1.12	3.25 (1 - 5)		
Yaş				
18-20	3.6 ± 0.86	4 (1.88 - 4.5)	13.126	0.051 ^h
21-25	3.7 ± 0.49	3.63 (2.88 - 4.63)		
26-30	3 ± 1.01	3.13 (1 - 5)		
31-40	3.3 ± 0.98	3.38 (1 - 5)		
41-50	3.1 ± 0.94	3.25 (1.13 - 5)		
51-65	2.9 ± 1.04	3.13 (1 - 5)		
66+	3 ± 1.14	3.19 (1 - 4.63)		
Meslek				
Öğrenci	3.2 ± 1.01	3.38 (1 - 4.5)	7.859	0.164 ^h
İşçi	3.2 ± 0.94	3.25 (1 - 5)		
Memur	3.2 ± 0.88	3.13 (1.38 - 5)		
Serbest Meslek	3.1 ± 1.08	3.25 (1 - 5)		
Emekli	2.9 ± 1	3 (1 - 5)		
Çalışmıyor	3.3 ± 1.02	3.56 (1 - 5)		
Eğitim Durumu				
Okur Yazar	2 ± 1.73	1 (1 - 4)	5.519	0.238 ^h
İlköğretim	2.9 ± 1.25	3.06 (1 - 5)		
Lise	3 ± 1.04	3.13 (1 - 5)		
Yüksekokul – niversite	3.2 ± 0.97	3.25 (1 - 5)		
Yüksek Lisans Doktora	3.4 ± 0.59	3.38 (2.13 - 4.75)		
Sosyo-Ekonomik Düzey				
Düşük	2.9 ± 1.05	3 (1 - 5) ^b	9.505	0.009^h
Orta	3.1 ± 0.98	3.13 (1 - 5) ^{ab}		
Yüksek	3.4 ± 0.92	3.63 (1 - 5) ^a		
Medeni Durum				
Bekâr	3.1 ± 0.98	3.25 (1 - 5)	-0.110	0.912 ^m
Evli	3.1 ± 1	3.13 (1 - 5)		
Yaşanılan Yer				
şehir	3.1 ± 0.99	3.25 (1 - 5)	-0.849	0.396 ^m

İlçe	3 ± 1.02	3 (1 - 5)		
Yaşanılan Bölgedeki Sağlık Kurumu Türleri				
Aile Sağlık Polikliniği	2.7 ± 1.05	2.63 (1 - 4.63) ^b		
Hastane	3 ± 0.91	3 (1 - 4.88) ^{ab}		
Eğitim Hastanesi	2.8 ± 1.17	3 (1.13 - 5) ^{ab}	14.505	0.006^h
Üniversite Hastanesi	3.4 ± 0.96	3.63 (1.5 - 4.63) ^{ab}		
Hepsi	3.2 ± 0.98	3.25 (1 - 5) ^a		
Kronik Hastalık				
Hayır	3.1 ± 0.98	3.25 (1 - 5)	-0.890	0.373 ^m
Evet	3.1 ± 1.02	3.13 (1 - 5)		
Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada yeterlilik				
Hayır	2.8 ± 1.15	2.88 (1 - 5)	-2.310	0.021^m
Evet	3.2 ± 0.95	3.25 (1 - 5)		
Sağlık Güvencesi Türü				
SGK	3.1 ± 0.97	3.13 (1 - 5)		
Genel Sağlık Sigortası	3.4 ± 1.08	3.5 (1 - 5)	4.032	0.133 ^h
Hiçbirisi	3.3 ± 1.05	3.38 (1 - 5)		
Özel Sağlık Sigortası				
Hayır	3 ± 1.04	3.13 (1 - 5)	-1.995	0.046^m
Evet	3.3 ± 0.89	3.38 (1 - 5)		
Genellikle Hizmet Alınan sağlık Kurumu				
Kamu Kurumlarından	2.7 ± 1.02	2.81 (1 - 5) ^b		
Özel Sağlık Kurumlarından	3.3 ± 0.84	3.38 (1 - 5) ^a	21.020	<0.001^h
Her iki Kurumdan	3.2 ± 0.98	3.38 (1 - 5) ^a		
Hizmet Alınan Sağlık Kurumları ile Hukuki veya Farklı Bir Sorun Yaşama				
Hayır	3.2 ± 1	3.25 (1 - 5)	-1.868	0.062 ^m
Evet	2.9 ± 0.86	3.13 (1 - 4.38)		
Ülkemizin Sağlık Sistemini Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
İyi	3.8 ± 1.01	4 (1 - 5) ^a		
Ne İyi Ne Kötü	3.2 ± 0.88	3.25 (1 - 5) ^b	65.885	<0.001^h
Kötü	2.7 ± 0.93	2.75 (1 - 5) ^c		
Sağlık Hizmetleri İçin Ödenen Ücretleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
Düşük	3 ± 1.13	3.13 (1 - 4.75) ^{ab}		
Normal	3.6 ± 0.97	3.75 (1 - 5) ^a	27.438	<0.001^h
Yüksek	3 ± 0.95	3.13 (1 - 5) ^b		

m: Mann Whitney U testi, h: Kruskall Wallis H testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Bonferonni düzeltmeli Dunn testi), ort.: ortalama, SS: Standart sapma, m,n.: Minimum, maks.: Maksimum

Tablo 6’da katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık hizmetlerine erişim ölçeği kabul edilebilirlik boyutu puanlarına ait karşılaştırma bulguları sunulmuştur. Yaşanılan yeri köy olan, yaşanılan bölgede hiçbir sağlık kurumu türü bulunmayan ve sağlık güvencesi türü yeşil kart olan katılımcı sayısı 3’ün altında tespit edilmiştir (tablo 4). Gözlem sayısı 3’ün altında olan gruplarda varyans tahmini yapılamadığı için güvenilir sonuçlar elde edilemeyeceğinden analizlere dahil edilememiştir.

Katılımcıların cinsiyetine göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.843$). Katılımcıların yaş gruplarına göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p=0.051$). Katılımcıların meslek gruplarına göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.164$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.238$). Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.009$). Bu farklılık sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcılar ile sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların kabul edilebilirlik puanı ortalama değeri 3 iken, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların ortalama değeri ise 3.63 olarak elde edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.912$). Katılımcıların yaşadıkları bölgelere göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.396$). Katılımcıların yaşadıkları bölgedeki sağlık kurumu türlerine göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.006$). Bu farklılık yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği olan katılımcıların puanları ile tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği bulunan katılımcıların kabul edilebilirlik puanı ortalama değeri 2.63 iken, yaşadıkları bölgede tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların ortalama değeri 3.23 olarak elde edildi. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.373$). Katılımcıların teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görme durumuna göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.021$). Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görmeyen katılımcıların kabul edilebilirlik puanı

ortanca değeri 2.88 iken, kendini yeterli gören katılımcıların ortanca değeri 3.25 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık güvencesi türlerine göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.133$). Katılımcıların özel sağlık sigortası bulunma durumuna göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.046$). Özel sağlık sigortası bulunmayan katılımcıların kabul edilebilirlik puanı ortanca değeri 3.13 iken, özel sağlık sigortası bulunan katılımcıların ortanca değeri 3.38 olarak elde edildi. Katılımcıların genellikle hizmet aldığı sağlık kurumlarına göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların puanları ile özel sağlık kurumlarından ve her iki kurumdan hizmet alan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların kabul edilebilirlik puanı ortanca değeri 2.81 iken, genellikle özel sağlık kurumlarından hizmet alan katılımcıların ve her iki kurumdan da hizmet alan katılımcıların ortanca değeri 3.38 elde edildi. Katılımcıların şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşama durumuna göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.062$). Katılımcıların ülkemizin sağlık sistemini nasıl değerlendirdiklerine göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık ülkemizin sağlık sistemini iyi, ne iyi ne kötü ve kötü olarak değerlendiren tüm katılımcılar arasında görülmektedir. En yüksek kabul edilebilirlik puanı ortanca değeri 4 ile ülkemizin sağlık sistemini iyi olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilirken, en düşük ortanca değer 2.75 ile ülkemizin sağlık sistemini kötü olarak değerlendiren katılımcılarda tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri değerlendirmelerine göre kabul edilebilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların puanları ile ödenen ücretleri yüksek bulan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların kabul edilebilirlik puanı ortanca değeri 3.75 iken, ödenen ücretleri yüksek bulan katılımcıların ortanca değeri 3.13 olarak elde edildi.

Tablo 7
Demografik Özelliklere Göre Uyum/Uygunluk Boyutu Puanının İncelenmesi

Değişken	Ort. ± SS	Ortanca (min.-maks.)	Test İst.	p
Cinsiyet				
Kadın	3.2 ± 0.95	3.38 (1 - 5)	-0.083	0.934 ^m
Erkek	3.1 ± 1.15	3.5 (1 - 5)		
Yaş				
18-20	3.6 ± 0.8	4 (2 - 4)	8.681	0.192 ^m
21-25	3.6 ± 0.44	3.69 (2.75 - 4.13)		
26-30	3.1 ± 1.07	3.25 (1 - 5)		
31-40	3.4 ± 1.02	3.5 (1 - 5)		
41-50	3.1 ± 1	3.25 (1 - 5)		
51-65	3.1 ± 1.02	3.38 (1 - 5)		
66+	3.1 ± 1.2	3.44 (1 - 4.88)		
Meslek				
Öğrenci	3.3 ± 1.01	4 (1 - 4.38)	4.627	0.463 ^b
İşçi	3.2 ± 0.98	3.5 (1 - 5)		
Memur	3.4 ± 0.93	3.38 (1.25 - 5)		
Serbest Meslek	3.2 ± 1.11	3.38 (1 - 5)		
Emekli	3 ± 1.01	3.38 (1 - 5)		
Çalışmıyor	3.3 ± 1.03	3.75 (1 - 5)		
Eğitim Durumu				
Okur Yazar	2.1 ± 1.63	1.38 (1 - 4)	5.355	0.253 ^b
İlköğretim	3 ± 1.27	3.38 (1 - 5)		
Lise	3.1 ± 1.02	3.25 (1 - 5)		
Yüksekokul – Üniversite	3.3 ± 1.01	3.5 (1 - 5)		
Yüksek Lisans Doktora	3.5 ± 0.64	3.5 (2.25 - 5)		
Sosyo-Ekonomik Düzey				
Düşük	2.9 ± 1.07	3 (1 - 5) ^b	8.928	0.012^a
Orta	3.2 ± 0.99	3.38 (1 - 5) ^{ab}		
Yüksek	3.5 ± 1.02	3.75 (1 - 5) ^a		
Medeni Durum				
Bekâr	3.2 ± 1	3.38 (1 - 5)	-0.411	0.681 ^m
Evli	3.2 ± 1.03	3.38 (1 - 5)		
Yaşanılan Yer				
Şehir	3.2 ± 1.01	3.38 (1 - 5)	-1.123	0.261 ^m
İlçe	3.1 ± 1.06	3 (1 - 5)		
Yaşanılan Bölgedeki Sağlık Kurumu Türleri				
Aile Sağlık Polikliniği	2.7 ± 1.01	2.63 (1 - 5) ^b	11.453	0.022^a

Hastane	3.1 ± 0.98	3.25 (1 - 4.88) ^{ab}		
Eğitim Hastanesi	3.1 ± 0.87	3.06 (1.75 - 5) ^{ab}		
Üniversite Hastanesi	3.3 ± 1.02	3.75 (1.38 - 4.25) ^{ab}		
Hepsi	3.3 ± 1.02	3.5 (1 - 5) ^a		
Kronik Hastalık				
Hayır	3.2 ± 1	3.5 (1 - 5)	-1.341	0.180 ^m
Evet	3.1 ± 1.06	3.25 (1 - 5)		
Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada yeterlilik				
Hayır	2.9 ± 1.19	2.88 (1 - 5)	-2.161	0.031^m
Evet	3.3 ± 0.97	3.5 (1 - 5)		
Sağlık Güvencesi Türü				
SGK	3.2 ± 1.01	3.38 (1 - 5)		
Genel Sağlık Sigortası	3.3 ± 1.09	3.5 (1 - 5)	0.713	0.700 ^h
Hiçbirisi	3.3 ± 1.05	3.38 (1 - 5)		
Özel Sağlık Sigortası				
Hayır	3.2 ± 1.07	3.38 (1 - 5)	-0.636	0.525 ^m
Evet	3.3 ± 0.93	3.38 (1 - 5)		
Genellikle Hizmet Alınan sağlık Kurumu				
Kamu Kurumlarından	2.8 ± 1.06	3 (1 - 5) ^b		
Özel Sağlık Kurumlarından	3.4 ± 0.85	3.5 (1 - 4.88) ^a	18.543	<0.001^h
Her iki Kurumdan	3.3 ± 1.01	3.5 (1 - 5) ^a		
Hizmet Alınan Sağlık Kurumları ile Hukuki veya Farklı Bir Sorun Yaşama				
Hayır	3.2 ± 1.03	3.38 (1 - 5)	-1.663	0.096 ^m
Evet	3 ± 0.85	3.25 (1 - 4.25)		
Ülkemizin Sağlık Sistemini Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
İyi	3.8 ± 1	4 (1 - 5) ^a		
Ne İyi Ne Kötü	3.2 ± 0.93	3.5 (1 - 5) ^b	51.116	<0.001^h
Kötü	2.9 ± 0.99	2.88 (1 - 5) ^c		
Sağlık Hizmetleri İçin Ödenen Ücretleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
Düşük	3 ± 1.03	3 (1.38 - 4.5) ^{ab}		
Normal	3.6 ± 1.01	4 (1.13 - 5) ^a	21.571	<0.001^h
Yüksek	3.1 ± 0.99	3.25 (1 - 5) ^b		

m: Mann Whitney U testi, h: Kruskall Wallis H testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Bonferonni düzeltilmeli Dunn testi), ort.: ortalama, SS: Standart sapma, m,n.: Minimum, maks.: Maksimum

Tablo 7’de katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık hizmetlerine erişim ölçeği uyum/uygunluk boyutu puanlarına ait karşılaştırma bulguları sunulmuştur. Yaşanılan yeri köy olan, yaşanılan bölgede hiçbir sağlık kurumu türü bulunmayan ve sağlık güvencesi türü yeşil kart olan katılımcı sayısı 3’ün altında tespit edilmiştir (tablo 4). Gözlem sayısı 3’ün altında olan gruplarda varyans tahmini yapılamadığı için güvenilir sonuçlar elde edilemeyeceğinden analizlere dahil edilememiştir.

Katılımcıların cinsiyetine göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.934$). Katılımcıların yaş gruplarına göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p=0.192$). Katılımcıların meslek gruplarına göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.463$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.253$). Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.012$). Bu farklılık sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcılar ile sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların uyum/uygunluk puanı ortanca değeri 3 iken, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların ortanca değeri ise 3.75 olarak elde edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.681$). Katılımcıların yaşadıkları bölgelere göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.261$). Katılımcıların yaşadıkları bölgedeki sağlık kurumu türlerine göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.022$). Bu farklılık yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği olan katılımcıların puanları ile tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği bulunan katılımcıların uyum/uygunluk puanı ortanca değeri 2.63 iken, yaşadıkları bölgede tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların ortanca değeri 3.5 olarak elde edildi. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.180$). Katılımcıların teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görme durumuna göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.031$). Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görmeyen katılımcıların uyum/uygunluk puanı ortanca değeri 2.88 iken, kendini yeterli gören katılımcıların ortanca değeri 3.5 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık güvencesi türlerine göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.700$). Katılımcıların özel sağlık sigortası bulunma durumuna göre

uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.525$). Katılımcıların genellikle hizmet aldığı sağlık kurumlarına göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların puanları ile özel sağlık kurumlarından ve her iki kurumdan hizmet alan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların uyum/uygunluk puanı ortalama değeri 3 iken, genellikle özel sağlık kurumlarından hizmet alan ve her iki kurumdan da hizmet alan katılımcıların ise uyum/uygunluk puanı ortalama değerleri 3.5 olarak elde edildi. Katılımcıların şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşama durumuna göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.096$). Katılımcıların ülkemizin sağlık sistemini nasıl değerlendirdiklerine göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farklılık ülkemizin sağlık sistemini iyi, ne iyi ne kötü ve kötü olarak değerlendiren tüm katılımcılar arasında görülmektedir. En yüksek uyum/uygunluk puanı ortalama değeri 4 ile ülkemizin sağlık sistemini iyi olarak değerlendiren katılımcılarda görülürken, en düşük ortalama değer 2.88 ile ülkemizin sağlık sistemini kötü olarak değerlendiren katılımcılarda görülmüştür. Katılımcıların sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri değerlendirmelerine göre uyum/uygunluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların puanları ile ödenen ücretleri yüksek bulan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal değerlendiren katılımcıların uyum/uygunluk puanı ortalama değeri 4 iken, ödenen ücretleri yüksek değerlendiren katılımcıların ise ortalama değeri 3.25 olarak elde edildi.

Tablo 8

Demografik Özelliklere Göre Ulaşılabilirlik Boyutu Puanının İncelenmesi

Değişken	Ort. $\pm$ SS	Ortanca (min.-maks.)	Test İst.	p
Cinsiyet				
Kadın	2.6 $\pm$ 1.2	2.33 (1 - 5)	-0.351	0.726 ^m
Erkek	2.6 $\pm$ 1.27	2.33 (1 - 5)		
Yaş				
18-20	3 $\pm$ 1.34	4 (1 - 4)	7.733	0.258 ^h
21-25	3.1 $\pm$ 1.02	3.33 (1.33 - 4.33)		
26-30	2.3 $\pm$ 1.16	2 (1 - 5)		
31-40	2.6 $\pm$ 1.15	2.33 (1 - 5)		
41-50	2.7 $\pm$ 1.23	2.67 (1 - 5)		

51-65	2.6 ± 1.31	2.33 (1 - 5)		
66+	2.5 ± 1.16	2.33 (1 - 4)		
Meslek				
Öğrenci	2.8 ± 1.45	3.33 (1 - 5)		
İşçi	2.6 ± 1.18	2.33 (1 - 5)		
Memur	2.5 ± 1.14	2.33 (1 - 5)	4.467	0.484 ^h
Serbest Meslek	2.7 ± 1.3	2.33 (1 - 5)		
Emekli	2.5 ± 1.16	2.33 (1 - 5)		
Çalışmıyor	2.9 ± 1.3	3 (1 - 5)		
Eğitim Durumu				
Okur Yazar	2 ± 1.73	1 (1 - 4)		
İlköğretim	2.7 ± 1.36	2.33 (1 - 5)		
Lise	2.6 ± 1.31	2.33 (1 - 5)	2.722	0.605 ^h
Yüksekokul – Üniversite	2.6 ± 1.19	2.33 (1 - 5)		
Yüksek Lisans Doktora	2.8 ± 1.01	2.67 (1 - 5)		
Sosyo-Ekonomik Düzey				
Düşük	2.4 ± 1.34	2 (1 - 5) ^b		
Orta	2.6 ± 1.19	2.33 (1 - 5) ^b	9.742	0.008^h
Yüksek	3.1 ± 1.16	3.33 (1 - 5) ^a		
Medeni Durum				
Bekâr	2.7 ± 1.2	2.67 (1 - 5)	-1.478	0.139 ^m
Evli	2.5 ± 1.23	2.33 (1 - 5)		
Yaşanılan Yer				
Şehir	2.6 ± 1.23	2.33 (1 - 5)	-1.204	0.228 ^m
İlçe	2.4 ± 1.15	2.33 (1 - 5)		
Yaşanılan Bölgedeki Sağlık Kurumu Türleri				
Aile Sağlık Polikliniği	2 ± 1.03	1.83 (1 - 4.33) ^b		
Hastane	2.4 ± 1.09	2.33 (1 - 5) ^{ab}		
Eğitim Hastanesi	2 ± 1.23	1.67 (1 - 5) ^{ab}	21.536	<0.001^h
Üniversite Hastanesi	2.4 ± 0.85	2.33 (1.33 - 4) ^{ab}		
Hepsi	2.8 ± 1.24	2.67 (1 - 5) ^a		
Kronik Hastalık				
Hayır	2.7 ± 1.2	2.33 (1 - 5)	-1.438	0.150 ^m
Evet	2.5 ± 1.26	2.33 (1 - 5)		
Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada yeterlilik				
Hayır	2.4 ± 1.29	2 (1 - 5)	-1.774	0.076 ^m
Evet	2.7 ± 1.2	2.33 (1 - 5)		
Sağlık Güvencesi Türü				
SGK	2.5 ± 1.21	2.33 (1 - 5)	7.955	0.051 ^h

Genel Sağlık Sigortası	2.9 ± 1.16	3 (1 - 5)		
Hiçbirisi	3.2 ± 1.17	3.33 (1 - 5)		
Özel Sağlık Sigortası				
Hayır	2.6 ± 1.26	2.33 (1 - 5)	-0.991	0.322 ^m
Evet	2.7 ± 1.16	2.67 (1 - 5)		
Genellikle Hizmet Alınan sağlık Kurumu				
Kamu Kurumlarından	2.2 ± 1.22	2 (1 - 5) ^b		
Özel Sağlık Kurumlarından	2.7 ± 1.08	2.67 (1 - 5) ^a	13.835	0.001^h
Her iki Kurumdan	2.8 ± 1.24	2.67 (1 - 5) ^a		
Hizmet Alınan Sağlık Kurumları ile Hukuki veya Farklı Bir Sorun Yaşama				
Hayır	2.7 ± 1.23	2.33 (1 - 5)	-2.085	0.037^m
Evet	2.2 ± 1.12	2 (1 - 5)		
Ülkemizin Sağlık Sistemini Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
İyi	3.6 ± 1.13	4 (1 - 5) ^a		
Ne İyi Ne Kötü	2.7 ± 1.1	2.67 (1 - 5) ^b	74.806	<0.001^h
Kötü	2 ± 1.08	2 (1 - 5) ^c		
Sağlık Hizmetleri İçin Ödenen Ücretleri Nasıl Değerlendiriyorsunuz				
Düşük	2.2 ± 1.25	2 (1 - 4.33) ^b		
Normal	3.4 ± 1.13	4 (1 - 5) ^a	41.387	<0.001^h
Yüksek	2.4 ± 1.16	2 (1 - 5) ^b		

m: Mann Whitney U testi, h: Kruskall Wallis H testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Bonferonni düzeltmeli Dunn testi), ort.: ortalama, SS: Standart sapma, m,n.: Minimum, maks.: Maksimum

Tablo 8’de katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık hizmetlerine erişim ölçeği ulaşılabilirlik boyutu puanlarına ait karşılaştırma bulguları sunulmuştur. Yaşanılan yeri köy olan, yaşanılan bölgede hiçbir sağlık kurumu türü bulunmayan ve sağlık güvencesi türü yeşil kart olan katılımcı sayısı 3’ün altında tespit edilmiştir (tablo 4). Gözlem sayısı 3’ün altında olan gruplarda varyans tahmini yapılamadığı için güvenilir sonuçlar elde edilemeyeceğinden analizlere dahil edilememiştir.

Katılımcıların cinsiyetine göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.726). Katılımcıların yaş gruplarına göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (p=0.258). Katılımcıların meslek gruplarına göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0.484). Katılımcıların eğitim durumlarına göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.605$). Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.008$). Bu farklılık sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta olan katılımcıların puanları ile sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortalama değeri 2 ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların ortalama değeri ise 3.33 olarak elde edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.139$). Katılımcıların yaşadıkları bölgelere göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.228$). Katılımcıların yaşadıkları bölgedeki sağlık kurumu türlerine göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği olan katılımcıların puanları ile tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği bulunan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortalama değeri 1.83 iken, yaşadıkları bölgede tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların ortalama değeri 2.67 olarak elde edildi. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.150$). Katılımcıların teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görme durumuna göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.076$). Katılımcıların sağlık güvencesi türlerine göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.051$). Katılımcıların özel sağlık sigortası bulunma durumuna göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.322$). Katılımcıların genellikle hizmet aldığı sağlık kurumlarına göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.001$). Bu farklılık genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların puanları ile özel sağlık kurumlarından ve her iki kurumdan hizmet alan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortalama değeri 2 iken, genellikle özel sağlık kurumlarından hizmet alan ve her iki kurumdan da hizmet alan katılımcıların ortalama değerleri 2.67 olarak elde edildi. Katılımcıların şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşama durumuna göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.037$). Şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşamayan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortalama değeri 2.33 iken, sorun yaşayan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortalama değeri 2 olarak tespit edildi. Katılımcıların ülkemizin sağlık sistemini nasıl değerlendirdiklerine göre ulaşılabilirlik

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farklılık ülkemizin sağlık sistemini iyi, ne iyi ne kötü ve kötü olarak değerlendiren tüm katılımcılar arasında görülmektedir. En yüksek ulaşılabilirlik puanı ortanca değeri 4 ile ülkemizin sağlık sistemini iyi olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilirken, en düşük ortanca değer 2 ile ülkemizin sağlık sistemini kötü olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri değerlendirmelerine göre ulaşılabilirlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların puanları ile ödenen ücretleri düşük ve yüksek bulan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortanca değeri 4 iken, ödenen ücretleri düşük ve yüksek bulan katılımcıların ortanca değerleri 2 olarak elde edildi.

Tablo 9
Demografik Özelliklere Göre Erişim Boyutu Puanının İncelenmesi

Değişken	Ort. $\pm$ SS	Ortanca (min.-maks.)	Test İst.	p
Cinsiyet				
Kadın	3.2 $\pm$ 0.89	3.26 (1 - 5)	-0.071	0.944 ^m
Erkek	3.1 $\pm$ 1.07	3.35 (1 - 5)		
Yaş				
18-20	3.5 $\pm$ 0.85	4 (1.87 - 4.22)	11.427	0.076 ^h
21-25	3.6 $\pm$ 0.41	3.59 (3 - 4.35)		
26-30	3 $\pm$ 0.98	3.02 (1.04 - 5)		
31-40	3.3 $\pm$ 0.9	3.35 (1 - 5)		
41-50	3.1 $\pm$ 0.93	3.26 (1.17 - 5)		
51-65	3 $\pm$ 1.01	3.09 (1 - 5)		
66+	3 $\pm$ 0.97	3.15 (1 - 4.35)		
Meslek				
Öğrenci	3.2 $\pm$ 0.96	3.48 (1.04 - 4.22)	6.893	0.229 ^h
İşçi	3.2 $\pm$ 0.89	3.35 (1 - 5)		
Memur	3.2 $\pm$ 0.83	3.17 (1.26 - 5)		
Serbest Meslek	3.2 $\pm$ 1.06	3.26 (1 - 5)		
Emekli	2.9 $\pm$ 0.94	3.09 (1.13 - 4.91)		
Çalışmıyor	3.3 $\pm$ 0.99	3.59 (1 - 5)		
Eğitim Durumu				
Okur Yazar	2.1 $\pm$ 1.67	1.22 (1 - 4)	5.104	0.277 ^h
İlköğretim	2.9 $\pm$ 1.25	3.15 (1 - 5)		
Lise	3 $\pm$ 0.98	3.09 (1.13 - 5)		

Yüksekokul – Üniversite	3.2 ± 0.92	3.26 (1 - 5)		
Yüksek Lisans Doktora	3.4 ± 0.53	3.39 (2.09 - 4.83)		
Sosyo-Ekonomik Düzey				
Düşük	2.9 ± 1.02	2.87 (1 - 5) ^b		
Orta	3.1 ± 0.93	3.26 (1 - 5) ^b	11.178	0.004^h
Yüksek	3.4 ± 0.91	3.7 (1 - 5) ^a		
Medeni Durum				
Bekâr	3.1 ± 0.95	3.28 (1 - 5)	-0.138	0.890 ^m
Evli	3.1 ± 0.95	3.26 (1 - 5)		
Yaşanılan Yer				
Şehir	3.2 ± 0.95	3.3 (1 - 5)		
İlçe	3 ± 0.95	3 (1 - 5)	-1.135	0.256 ^m
Yaşanılan Bölgedeki Sağlık Kurumu Türleri				
Aile Sağlık Polikliniği	2.6 ± 0.93	2.61 (1 - 4.39) ^b		
Hastane	3 ± 0.88	3.09 (1.04 - 4.83) ^{ab}		
Eğitim Hastanesi	2.9 ± 0.97	2.89 (1.61 - 5) ^{ab}	19.024	0.001^h
Üniversite Hastanesi	3.3 ± 0.9	3.7 (1.39 - 3.87) ^{ab}		
Hepsi	3.2 ± 0.94	3.39 (1 - 5) ^a		
Kronik Hastalık				
Hayır	3.2 ± 0.94	3.35 (1 - 5)	-1.341	0.180 ^m
Evet	3 ± 0.96	3.07 (1 - 5)		
Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada yeterlilik				
Hayır	2.8 ± 1.11	2.78 (1 - 5)	-2.631	0.009^m
Evet	3.2 ± 0.9	3.35 (1 - 5)		
Sağlık Güvencesi Türü				
SGK	3.1 ± 0.93	3.26 (1 - 5)		
Genel Sağlık Sigortası	3.3 ± 1.06	3.39 (1 - 5)	3.224	0.199 ^h
Hiçbirisi	3.3 ± 1.01	3.52 (1 - 4.78)		
Özel Sağlık Sigortası				
Hayır	3.1 ± 1	3.22 (1 - 5)	-1.365	0.172 ^m
Evet	3.2 ± 0.86	3.35 (1 - 5)		
Genellikle Hizmet Alınan Sağlık Kurumu				
Kamu Kurumlarından	2.7 ± 0.98	2.87 (1 - 5) ^b		
Özel Sağlık Kurumlarından	3.3 ± 0.77	3.35 (1.04 - 4.96) ^a	20.697	<0.001^h
Her iki Kurumdan	3.3 ± 0.95	3.43 (1 - 5) ^a		
Hizmet Alınan Sağlık Kurumları ile Hukuki veya Farklı Bir Sorun Yaşama				
Hayır	3.2 ± 0.96	3.3 (1 - 5)	-1.999	0.046^m
Evet	2.9 ± 0.79	3.04 (1 - 4.22)		

Ülkemizin	Sağlık	Sistemi	Nasıl		
Değerlendiriyorsunuz					
İyi			3.8 ± 0.98	4 (1 - 5) ^a	
Ne İyi Ne Kötü			3.2 ± 0.86	3.35 (1 - 5) ^b	74.868 <0.001 ^h
Kötü			2.7 ± 0.85	2.76 (1 - 4.83) ^c	
Sağlık Hizmetleri İçin Ödenen Ücretleri Nasıl					
Değerlendiriyorsunuz					
Düşük			2.9 ± 1	2.93 (1.22 - 4.22) ^{ab}	
Normal			3.6 ± 0.98	3.91 (1.13 - 5) ^a	31.232 <0.001 ^h
Yüksek			3 ± 0.9	3.09 (1 - 5) ^b	

m: Mann Whitney U testi, h: Kruskall Wallis H testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Bonferonni düzeltmeli Dunn testi), ort.: ortalama, SS: Standart sapma, m,n.: Minimum, maks.: Maksimum

Tablo 9’da katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık hizmetlerine erişim ölçeği toplam puanlarına ait karşılaştırma bulguları sunulmuştur. Yaşanılan yeri köy olan, yaşanılan bölgede hiçbir sağlık kurumu türü bulunmayan ve sağlık güvencesi türü yeşil kart olan katılımcı sayısı 3’ün altında tespit edilmiştir (tablo 4). Gözlem sayısı 3’ün altında olan gruplarda varyans tahmini yapılamadığı için güvenilir sonuçlar elde edilemeyeceğinden analizlere dahil edilememiştir.

Katılımcıların cinsiyetine göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.944). Katılımcıların yaş gruplarına göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.076). Katılımcıların meslek gruplarına göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0.229). Katılımcıların eğitim durumlarına göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p=0.277). Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0.004). Bu farklılık sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta olan katılımcıların puanları ile sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların erişim puanı ortanca değeri 2.87 ve sosyoekonomik düzeyi orta olan katılımcıların ise ortanca değeri 3.26 iken, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların ortanca değeri 3.7 olarak elde edildi. Katılımcıların medeni durumlarına göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.890). Katılımcıların yaşadıkları bölgelere göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p=0.256). Katılımcıların yaşadıkları bölgedeki sağlık kurumu türlerine göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0.001). Bu

farklılık yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği olan katılımcıların puanları ile tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Yaşadıkları bölgede aile sağlık polikliniği bulunan katılımcıların erişim puanı ortanca değeri 2.61 iken, yaşadıkları bölgede tüm sağlık kurumu türleri bulunan katılımcıların ortanca değeri 3.39 olarak elde edildi. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.180$). Katılımcıların teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görme durumuna göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.009$). Teknolojik iletişim araçları ile sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendini yeterli görmeyen katılımcıların erişim puanı ortanca değeri 2.78 iken, kendini yeterli gören katılımcıların ortanca değeri 3.35 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık güvencesi türlerine göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.199$). Katılımcıların özel sağlık sigortası bulunma durumuna göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.172$). Katılımcıların genellikle hizmet aldığı sağlık kurumlarına göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların puanları ile özel sağlık kurumlarından ve her iki kurumdan hizmet alan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Genellikle kamu kurumlarından hizmet alan katılımcıların erişim puanı ortanca değeri 2.87 iken, genellikle özel sağlık kurumlarından hizmet alan katılımcıların ortanca değeri 3.35 ve her iki kurumdan da hizmet alan katılımcıların ortanca değeri ise 3.43 olarak elde edildi. Katılımcıların şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşama durumuna göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.046$). Şu zamana kadar hizmet aldıkları sağlık kurumları ile hukuki veya farklı bir sorun yaşamayan katılımcıların erişim puanı ortanca değeri 3.3 iken, sorun yaşayan katılımcıların ulaşılabilirlik puanı ortanca değeri 3.04 olarak bulundu. Katılımcıların ülkemizin sağlık sistemini nasıl değerlendirdiklerine göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu farklılık ülkemizin sağlık sistemini iyi, ne iyi ne kötü ve kötü olarak değerlendiren tüm katılımcılar arasında görülmektedir. En yüksek erişim puanı ortanca değeri 4 ile ülkemizin sağlık sistemini iyi olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilirken, en düşük ortanca değer 2.76 ile ülkemizin sağlık sistemini kötü olarak değerlendiren katılımcılarda elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri değerlendirmelerine göre erişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Bu farklılık sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri normal bulan katılımcıların puanları ile ödenen ücretleri yüksek bulan katılımcıların puanları arasında gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ödenen ücretleri

normal bulan katılımcıların erişim puanı ortanca değeri 3.91 iken, ödenen ücretleri yüksek bulan katılımcıların ortanca değeri 3.09 olarak elde edildi.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Hazırlanan bu tez çalışması, İstanbul evreni ve Bakırköy, Başakşehir, Küçükçekmece ile Ümraniye örneklemleri üzerinden sağlık hizmetlerinde algılanan erişimi etkileyen faktörlerin kapsamlı biçimde incelenmesini sağlamaktadır. Yapılan analizler sonrasında elde edilen bulgular Türkiye’de hem bireysel hem de yapısal düzeyde erişim eşitsizliklerinin ciddi boyutlara ulaştığını açıkça ortaya koymaktadır. Yine elde edilen bulgular, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda daha fazla engelle karşılaştığını göstermektedir. Ortaya çıkan bu durumun hem fiziksel hem de ekonomik erişim boyutlarında derinleşen bir sorun olarak tezahür ettiğini görmekteyiz.

Araştırmada ve uygulamada en yüksek düzeyde algılanan erişim boyutu “erişilebilirlik” olarak öne çıkarken, “ulaşılabilirlik” boyutu en düşük puanları almaktadır. Yine bu durum, sağlık kurumlarının fiziksel mevcudiyetinden ziyade, coğrafi konumları ve ulaşım altyapıları ile hizmete erişimi ciddi biçimde etkilediğini göstermektedir. Özellikle İstanbul gibi metropoller ile büyük ve karmaşık şehirlerde, hizmetin varlığı erişilebilirlik açısından olumlu bir algı yaratmaktadır. Bu hizmetlere ulaşımında yaşanan zorluklar genel memnuniyet düzeyini önemli ölçüde düşürmektedir.

Tez kapsamında elde edilen bir diğer önemli bulgu ise katılımcıların büyük bir çoğunluğunun sağlık hizmetleri için ödedikleri ücretleri “yüksek” bulmaları yönündeki sorundur. Ortaya çıkan bu durum, ekonomik erişimin önündeki engellerin hâlâ ciddi bir problem olduğunu ortaya koymaktadır. Gelir düzeyi düşük bireyler için özel sağlık hizmetlerinin maliyeti erişimi sınırlamaktadır. Elde edilen araştırma bulgu ile sonuçları değerlendirildiğinde; kamu sağlık hizmetlerinin ise yoğunluk, kalite düşüklüğü ve randevu sistemindeki aksaklıklar nedeniyle yeterli tatmin düzeyi yaratamadığını göstermektedir. Nitekim araştırmaya katılan %32,8 oranında kişinin sağlık sistemini “kötü” olarak nitelendirmesi, sadece bireysel bir memnuniyetsizlik olarak değil, sistemsal bir güven kaybına da işaret etmektedir.

Bu çalışmanın literatürle kurduğu ilişki değerlendirildiğinde ise hem ulusal hem de uluslararası düzeydeki araştırmalarla bulgu ve sonuçları örtüşmektedir. Penchansky ve Thomas’ın erişim modeli, Levesque’nin erişim çerçevesi ve Andersen’in davranışsal modeli gibi teorik yaklaşımlar bu araştırmada kullanılan teknolojik erişim uygulamalarını desteklemektedir. Ayrıca erişim olgusunun çok boyutlu doğasını literatürde yer alan açıklamalarda olduğu gibi işlevsel bir temel sunduğunu göstermektedir. Kullanılan bu modeller doğrultusunda erişim yalnızca fiziksel bir ulaşım meselesi değildir. Bireyin hizmete dair algısı, sosyoekonomik

konumu, teknolojik yetkinliği ve yaşadığı çevresel koşulların bütünsel bir yansıması olarak ele değerdendirilerek ele alınma şeklidir.

Teknolojik dönüşümün sağlık hizmetlerine entegrasyonu, teorik olarak erişimi artırma potansiyeline sahiptir. Fakat Türkiye özelinde bu dönüşüm henüz yeterince kapsayıcı ve eşitlikçi biçimde hayata geçirilememiştir. Özellikle MHRS sistemi gibi dijital altyapılar araştırmaya katılanlar tarafından hem sistem yoğunluğu hem de teknik eksiklikler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırdığı yönünde ifade edilmiştir. Türkiye’de kullanılan dijital bölünme, özellikle kırsal alanlarda yaşayan toplum ile bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Araştırmada en önemli bulguların başında araştırmaya katılan yaşlı ya da düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin bu uygulanan dijital sistemlerden faydalanma kapasitesini ciddi şekilde sınırlandırdığı yönündeki bulgulardır.

Bu çalışma ile araştırma sonuçları değerdendirildiğinde, kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki algı farkı da dikkat çekmektedir. Özel sağlık kurumlarından hizmet alan bireylerin erişim algısı daha yüksektir. Fakat kamu sağlık hizmetlerinin kapasite ve kalite anlamında yetersiz kaldığı yine katılımcıların ifadeleri ile ortaya konmuştur. Nitekim bu durum, kamu hizmetlerinin yaygın olmasına rağmen, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada beklentileri karşılayamadığını ve hizmet alanların memnuniyet düzeylerini düşürdüğünü de göstermektedir. Genel sonuç olarak, bu tez çalışması kapsamında sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Özellikle sosyoekonomik, dijital ve coğrafı boyutlarda ortaya çıkan farklılıkların altı çizilmiştir. Bu bağlamda kamu otoritesince geliştirilecek sağlık politikalarının yalnızca yapısal altyapıyı güçlendirmekle kalmaması; bununla birlikte ve aynı zamanda bireylerin algılarını iyileştirmeye, sağlık okuryazarlığını artırmaya ve dijital dönüşümün tüm toplum kesimlerine yayılmasına öncelik vermesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Bu çalışmanın sonunda elde edilen bulguların sunduğu sağlık planlamasında mikro düzeydeki farklılıkların dikkate alınmasının gerekliliğinin altını çizmemiz gerekmektedir. Yine bu durum kamu yönetici ve politika üretkenler tarafından daha kapsayıcı, eşitlikçi bir sağlık sistemi oluşturulması yönünde atılacak adımların önemini açıkça ortaya koymaktadır. Elde edilen bu veriler ve analiz sonuçları, gerek hizmet sunan kurumlara yönelik sonuçları gerekse politika yapıcılar açısından yol gösterici nitelikte olup, sürdürülebilir sağlık hizmetleri ile sisteminin inşası için önemli bir referans niteliği taşımaktadır.

Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık hizmetlerine yönelik algılanan erişimi etkileyen faktörlerin çok boyutlu ve birbiriyle ilişki içerisinde olduğu ortaya konmuştur. Elde edilen analiz sonuçları değerdendirildiğinde ve literatürdeki genel yaklaşımlar

doğrultusunda karşılaştırmalar yapıldığında, sağlık hizmetlerinin daha adil, erişilebilir ve etkin sunulabilmesi adına aşağıdaki önerilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

1. Ulaşılabilirliğe Yönelik Fiziksel Altyapı İyileştirmeleri

- İstanbul gibi büyük metropollerde sağlık kuruluşlarının coğrafi dağılımı yeniden şekillendirilmelidir. Özellikle ulaşım gibi altyapısı zayıf olan bölgelerde (örneğin Başakşehir – Çam Sakura Şehir Hastanesi gibi) alternatif toplu taşıma hatları çok ivedilikle oluşturulmalıdır.
- Yeni kurulacak ya da inşa edilecek hastanelerin yer seçiminde “erişim eşitliği” ilkesi çerçevesinde esas alınmalı; toplu ulaşım, engelli erişimi ve yakın çevredeki nüfus yoğunluğu gibi faktörler göz önünde bulundurularak şekillendirilmelidir.

2. Ekonomik Erişimi Geliştirici Politikalar

- Bu araştırmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğu kamu ve özel sağlık hizmetlerinin maliyetini oldukça yüksek bulmaktadır. Bu doğrultuda değerlendirdiğimizde;
 - ✓ Düşük gelirli bireyler için özel sağlık kuruluşlarında devlet destekli teşvik programları geliştirilmelidir.
 - ✓ Kamu hastanelerinde sunulan temel sağlık hizmetlerinin kapsamı arttırılmalı, bireylerin özel sağlık hizmetlerine mecbur kalmaması adına önüne geçilmelidir.
 - ✓ Sağlık hizmetlerinden alınan katkı payları belirlenirken bireylerin gelir düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

3. Dijital Sağlık Hizmetlerine Erişimin Genişletilmesi

- MHRS ve e-Nabız gibi dijital sistemlerin teknik altyapı sistemleri güçlendirilerek sistemsel çökmeler, erişimlerde yaşanan sorun ile randevu bulunamaması gibi kullanıcı deneyimi sorunları ivedilikle giderilmelidir.
- Tele-tıp uygulamaları yaygınlaştırılması yönünde çalışmalara hız verilmeli, özellikle kırsal alanlardaki vatandaşlar için bu hizmetlerin erişilebilirliği ivedilikle artırılmalıdır.
- Dijital sağlık hizmetlerinin kullanımına dair farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir. Bu yönde vatandaşların bu sistemleri etkili kullanabilmeleri için “sağlık dijital okuryazarlığı” eğitimleri teşvik edilmeli ve uygulanmalıdır.

4. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Azaltılmasına Yönelik Müdahaleler

- Düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplum bireylerinin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerini artırmaya yönelik hedefli sürekliliği sağlanacak politikalar geliştirilmelidir.
- Özellikle düşük eğitilmiş bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmak adına yerel yönetim destekli bilgilendirme kampanyaları düzenlenmelidir. Bu alanda verilecek olan eğitimler konusunda rehberlik hizmetleri sunulmalıdır.

5. Kamu Sağlık Kurumlarında Kalite ve Hizmet Standartlarının Yükseltilmesi

- Kamusal sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik uluslararası kalite standartları geliştirilmelidir. Hasta yoğunluğu, personel yetersizliği gibi sorunlara yönelik çözüm mekanizmaları ve takip yönetim sistemleri kurulmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri geliştirilmeli ve hasta merkezli yaklaşım konusunda düzenli eğitim programlarına tabi tutulması sağlanarak bu konuda sağlık personeli geliştirilmelidir.

6. Algı Yönetimi ve Kurumsal Güvenin Güçlendirilmesi

- Toplum ve bireylerin Türkiye'nin sağlık sistemine olan güvenini artırmak için şeffaf ve etkili iletişim stratejileri uygulanmalıdır.
- Kamuoyu bilgilendirme kampanyaları sıklıkla uygulanmalı, başta sosyal medya ve dijital platformlar üzerinden etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalı; yanlış bilgiye karşı doğrulama mekanizmaları geliştirilmelidir.

7. Hasta ve Sağlık Çalışanı Etkileşiminin Geliştirilmesi

- Sağlık hizmetlerinde hasta ile sağlık çalışanı arasındaki etkileşimin kalitesi artırılmalıdır. Bu kalitenin artırılması amacı ile empati, dinleme, açık iletişim gibi konular sağlık personeli eğitimlerine entegre edilmelidir.
- Polikliniklerde görüşme süreleri hasta hekim arasındaki görüşme zaman dilimleri uzatılmalı, hasta memnuniyetini sağlayacak şekilde düzenlemeler yapılmalı, doktor-hasta iletişimi güçlendirilmelidir.

8. Bölgesel ve Coğrafi Dengelemeye Yönelik Hizmet Planlaması

- Sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımında kamusal adalet sistemi uygulanmalı, ihtiyaç temelli yeniden planlamalar yapılarak hayata geçirilmelidir. Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde sağlık yatırımlarına hız verilmeli ve ayrılan bütçeler artırılmalıdır. Ayrıca bu bölgelerde uzman doktor istihdamı teşvik edilmeli, ihtiyaç duyulan sağlık alanlarındaki eksiklikler ivedilikle giderilmelidir.

- Mobil sağlık birimleri hızla hayata geçirilmeli, özellikle kırsal kesimlerde yaşayan bireyler için yaygın bir hale getirilmelidir.

9. Kapsayıcı ve Sürdürülebilir Sağlık Politikaları Geliştirilmesi

- Sağlık politikalarının oluşturulmasında mikro düzeydeki farklılıklar ortadan kaldırılmalı (yaş, meslek, eğitim, coğrafi bölge) dikkate alınarak hayata geçirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerine erişimi sadece teknik olarak değil; aynı zamanda sosyal bir hak olarak değerlendirmeli ve ele alarak gelişmiş dünya ülkelerinde olduğu gibi eşitlik temelli, bütüncül stratejilere duyulan ihtiyaçlar hızla giderilmelidir.



KAYNAKÇA

- Afşar, B. (2019). *İnsan hakları bağlamında yoksul kesimlerin sağlık hakkına erişimi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Ak, S. (2023). Dijital hastane dönüşümünde Türkiye. *Güncel Sağlık Yönetimi*, 1(1), 24-35.
- Akış İlhan, Ö. (2020). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve hastanelere erişebilirliğin mekansal profili: Sosyal refah açısından bir analiz. *Ege Coğrafya Dergisi*, 29(2), 259-271.
- Akman Dömbekci, H., Güzel, Ş. ve Kılıç, F. (2023). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme üzerine idari personel görüşleri: Nitel bir araştırma. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 73-84. <https://doi.org/10.55050/sarad.1214773>
- Akman, E. ve Kopuz, K. (2020). Sağlık hizmetlerinde kalite algısı: SERVQUAL model incelemesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 866-880.
- Akyol, B. ve Umut, M. (2024). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Ankara ili özel sektör çalışanlarının algılarının değerlendirilmesine ilişkin bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 27(1), 332-342. <https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.1452488>
- Alır Derbent, G., Büyüközmen, E., Akkaya, M. A. ve Polat, Ö. (2023). Sağlık okuryazarlığı eğitiminin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmedeki yerine ilişkin bir uygulama: Foça ilçe halk kütüphanesi örneği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(2), 388-417. <https://doi.org/10.54558/jiss.1344260>
- Alkaya, A. ve Alkaş, C. (2021). OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre kümeleme analizi sınıflaması. *Sosyal Güvençe*, 19, 427-474. <https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.1050881>
- Alotaibi, Y. K. ve Federico, F. (2017). The impact of health information technology on patient safety. *Saudi Medical Journal*, 38(12), 1173-1180. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.12.20631>
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Altuntaş, M. ve Özyurt, M. (2020). Kentleşme ve sağlık harcamaları: Türkiye üzerine ekonometrik bir çalışma. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(22), 891-915. <https://doi.org/10.36543/kauibfd.2020.038>

- Anawade, P. A., Sharma, D. ve Gahane, S. (2024). A comprehensive review on exploring the impact of telemedicine on healthcare accessibility. *Cureus*, 16(3), e55996. <https://doi.org/10.7759/cureus.55996>
- Arcury, T. A., Preisser, J. S., Gesler, W. M. ve Powers, J. M. (2005). Access to transportation and health care utilization in a rural region. *The Journal of Rural Health*, 21(1), 31-38. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2005.tb00059.x>
- Arık, Y. (2023). Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri pazarlaması kapsamında değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 511-534.
- Arısoy, D. Ş. (2017). Sağlık hizmetlerine hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin Servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 1079-1102.
- Atalay, H. N. ve Yücel, Ş. (2023). Kişisel sağlık verileri paylaşımı ile ilgili değişkenlerin sosyo-demografik özellikler bakımından farklılıkları. *Bilgi Yönetimi*, 6(2), 231-245. <https://doi.org/10.33721/by.1242514>
- Atalay, M. ve Çakırel, Y. (2022). Sağlık sektörü çalışanlarında iş yükü, iş tatmini ve tükenmişlik durumunun incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 20(1), 431-463. <https://doi.org/10.11611/yead.1062781>
- Ateş, A. ve Sunar, H. (2024). Comparison of Türkiye's medical tourism market with existing and potential competitor countries. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*, 5(2), 342-368. <https://doi.org/10.58702/teyd.1419097>
- Aydan, S. ve Aydan, M. (2016). Sağlık hizmetlerinde bireysel ölçüm ve giyilebilir teknoloji: Olası katkıları, güncel durum ve öneriler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3).
- Ayoğlu, F. N. (2024). Kent ve çalışan sağlığı. *STED*, 33(5), 397-406.
- Balcı, Ş., Sarıtaş, H., İldız, S. ve Mohammed, R. (2024). Sosyal Medyaya Güven Düzeyinin Dijital Ortamlarda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışı Üzerindeki Etkisinde Kullanım Süresinin Aracılık Rolü. *Yeni Medya*, 16, 122-143. <https://doi.org/10.55609/yenimedya.1456726>
- Bayhan, M. (2022). Kentleşme sürecinde sosyo-ekonomik faktörler ile kentlilik bilinci arasındaki ilişki: Diyarbakır örneği. *Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi*, 5(1), 39-69. <https://doi.org/10.38004/sobad.1083503>
- Belli, A. (2019). Türkiye'de sağlıklı kentler ve büyükşehir belediyeleri üzerine karşılaştırmalı bir analiz. *OPUS International Journal of Society Researches*, 10(17), 1930-1962. <https://doi.org/10.26466/opus.512721>

- Bilgin, Y. ve Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(16), 151-176.
- Boz, C., Yılmaz, S. ve Özsarı, H. (2022). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemi göstergelerinin karşılaştırmalı analizi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(4), 336-343. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1180248>
- Braveman, P. ve Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Bulucu, G. D. ve Ünsal, A. (2014). Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 577-587.
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2020). Türkiye’de sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 45-54.
- Cansever, İ. H. ve Şenol, O. (2022). Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri verimlilikleri ile Covid-19 performansları ilişkisi üzerine bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 611-628. <https://doi.org/10.18037/ausbd.1136367>
- Chikafu, H., Mutero, I. T. ve Chimbari, M. J. (2022). “If I Were to Suffer a Stroke Right Now, the First Place That I Should Be Taken to Is the Traditional Healer”: Community Beliefs and Health-Seeking Practices for Noncommunicable Diseases in Rural KwaZulu-Natal, South Africa. *The Qualitative Report*, 1, 243-256. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5229>
- Coombs, N. C., Campbell, D. G. ve Caringi, J. (2022). A qualitative study of rural healthcare providers' views of social, cultural, and programmatic barriers to healthcare access. *BMC health services research*, 22(1), 438. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07829-2>
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B. ve Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque’s conceptual framework-a scoping review. *International journal for equity in health*, 20(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
- Çalık Göçümlü, B. (2022, Aralık 23). MHRS'de gidilmeyen hastane randevularına karşı yeni uygulama devrede. *Anadolu Ajansı*, <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/mhrsde-gidilmeyen-hastane-randevularina-karsi-yeni-uygulama-devrede-/2771109> (Erişim tarihi: 2 Nisan 2025).

- Çapacı, M. ve Özkaya, S. (2020). COVID-19 pandemi döneminde tele-tıp uygulamaları. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25(Special Issue on COVID 19), 260-262. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.738672>
- Çevik, S. (2013). Kamu sağlık harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki etkisi: Ülkelerin gelir seviyelerine göre bir karşılaştırma. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 48.
- Çınaroğlu, S. (2017). Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin seçimini etkileyen faktörler: Teorik bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(2), 259-274.
- Danış, Y. A. (2022). OECD ülkelerinin TOPSIS, VIKOR ve GRA yöntemleri kullanılarak refah göstergelerine göre sıralanması ve bütünlük bir çözüm önerisi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(2), 433-454.
- Dantas, L. F., Fleck, J. L., Oliveira, F. L. C. ve Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling-a systematic literature review. *Health Policy*, 122(4), 412-421. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
- Delice, E., Karadayı, M. A. ve Tozan, H. (2022). Sağlık hizmetlerinde performans değerlendirmede kullanılan araç ve yöntemler. *Duzce University Journal of Science and Technology*, 10(3), 1543-1566. <https://doi.org/10.29130/dubited.1008711>
- Deniz-Garcia, A., Fabelo, H., Rodriguez-Almeida, A. J., Zamora-Zamorano, G., Castro-Fernandez, M., Alberiche Ruano, M. D. P., Solvoll, T., Granja, C., Schopf, T. R., Callico, G. M., Soguero-Ruiz, C., Wagner, A. M. ve Warifa Consortium. (2023). Quality, usability, and effectiveness of mHealth apps and the role of artificial intelligence: current scenario and challenges. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e44030. <https://doi.org/10.2196/44030>
- Do Nascimento, I. J. B., Pizarro, A. B., Almeida, J. M., Azzopardi-Muscat, N., Gonçalves, M. A., Bjorklund, M. ve Novillo-Ortiz, D. (2022). Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(9), 544-561. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287654>
- Doğan, P., Atak, G., Bayer, S., Eyüboğlu, Ö. ve Kurt, A. (2023). Electronic health records from the perspective of nurses. *Journal of Health Systems and Policies*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.52675/jhesp.1233242>
- Eke, E. ve Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS International Journal of Society Researches*, 11(18), 2687-2707. <https://doi.org/10.26466/opus.548218>

- Ekiyor, A. ve Akçınar, M. (2023). Tamamlayıcı özel sağlık sigortasında toplumsal algı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 113-127.
- Emek, U. (2017). Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği sözleşmeleri: Beklenti ve gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.
- Ener, M. ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 99-113.
- Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., ... ve Kubat, C. (2008). Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 95-110.
- Ertaş, H., Kesici, G. ve Çetinkaya, H. (2023, Haziran, 13-16). *Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme*. 5th International Conference on Health, Engineering and Applied Sciences, Roma, Italy.
- Eryer, A. (2024). Sağlık turizminin ekonomik boyutu: Türkiye üzerine bir değerlendirme. *Journal of Economics and Research*, 5(1), 63-80. <https://doi.org/10.53280/jer.1415610>
- Evcı Eralp, Ö. (2023). İşyerlerinde kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde sır saklama yükümlülüğünün kapsamı. *Kişisel Verileri Koruma Dergisi*, 5(2), 28-38.
- Ezeamii, V. C., Okobi, O. E., Wambai-Sani, H., Perera, G. S., Zaynieva, S., Okonkwo, C. C., Ohaiba, M. M., William-Enamali, P. C., Obodo, O. R. ve Obiefuna, N. G. (2024). Revolutionizing Healthcare: how Telemedicine is improving patient outcomes and Expanding Access to Care. *Cureus*, 16(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.63881>
- George, A. S. ve George, A. H. (2023). Telemedicine: A New Way to Provide Healthcare. *Partners Universal International Innovation Journal (PUIJ)*, 1(03), 98-129. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8075850>
- Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26, 149-184.
- Göktaş, B., Ömer, R. Ö., Duran, M., Şakar, S., Yılmaz, M., Güler, S., ... ve Özdemir, G. (2017). Türkiye’de sağlık bilgi sistemleri üzerine bir araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 125-138. https://doi.org/10.1501/Asbd_00000000066
- Gönüllü, K. K. (2019). *Sağlık iletişimde sosyal medya kullanımı ve sağlık kurumu örneklerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi.

- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. ve Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean?. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Gür, L. ve Göze Kaya, D. (2020). Finansman türüne göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimi: 1980 sonrası. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(10), 36-52.
- Hanna, M. G., Pantanowitz, L., Dash, R., Harrison, J. H., Deebajah, M., Pantanowitz, J. ve Rashidi, H. H. (2025). Future of artificial intelligence (AI)-machine learning (ML) trends in pathology and medicine. *Modern Pathology*, 100705. <https://doi.org/10.1016/j.modpat.2025.100705>
- Hommel, B., Müsseler, J., Aschersleben, G. ve Prinz, W. (2001). The theory of event coding (TEC): A framework for perception and action planning. *Behavioral and brain sciences*, 24(5), 849-878. <https://doi.org/10.1017/S0140525X01000103>
- Howard, L. M. ve Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 27.0). Armonk, NY: IBM Corp.
- Işık, T. (2019a). Sağlık iletişimde dijital iletişim kanallarının kullanımı: Sektör aktörlerinden acıbadem hastanesinin dijital iletişim kanalı ve sosyal medya hesaplarının incelenmesi. *Elektronik Cumhuriyet İletişim Dergisi*, 1(2), 147-162.
- Işık, T. (2019b). Sağlık iletişimi bağlamında kullanım şekilleri açısından dijital algı ve önemi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(4), 1979-1994.
- Iyanna, S., Kaur, P., Ractham, P., Talwar, S. ve Islam, A. N. (2022). Digital transformation of healthcare sector. What is impeding adoption and continued usage of technology-driven innovations by end-users?. *Journal of Business Research*, 153, 150-161. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.08.007>
- Kalaivani, K., Govindaraju, R., Selvakumar, V. S., Bharathiraja, N., Thiagarajan, R. ve Venkateswaralu, B. V. (2022). IoT based smart surgical management platform for hospitals to enhance safety in medical treatment. *International Journal of Health Sciences*, 6(S6), 5903-5911. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.11084>
- Kanchan, S. ve Gaidhane, A. (2023). Social media role and its impact on public health: A narrative review. *Cureus*, 15(1), e33737. <https://doi.org/10.7759/cureus.33737>
- Karatuzla, M. (2024). Sağlık çalışanlarında güncel konu incelemesi: Beyin göçü. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 159-171.

- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174. <https://doi.org/10.18490/sosars.261673>
- Kayserili, A. ve Çölkesen Tefiroğlu, E. (2023). Dijital sağlık hizmetlerinin hastane idarecileri tarafından değerlendirilmesi. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 3(2), 26-38.
- Keskin, H. İ. (2018). Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve kamu hastanelerinin etkinliği. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 18(38), 124-150. <https://doi.org/10.25294/aiiibfd.492741>
- Kılıç, T. ve Topuz, R. (2015). Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: Özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 9(1), 78-97.
- Kim, D. J., Lee, Y. S., Jeon, E. R. ve Kim, K. J. (2024). Present and future of AI-IoT-based healthcare services for senior citizens in local communities: A review of a South Korean government digital healthcare initiatives. *Healthcare* 12(2), 281. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020281>
- Konca, M. (2024). The effect of universal health coverage on health outcomes: The case of Türkiye. *Alanya Akademik Bakış*, 8(2), 490-502. <https://doi.org/10.29023/alanyaakademik.1342126>
- Koohpayehzadeh, J., Azami-Aghdash, S., Derakhshani, N., Rezapour, A., Kalajahi, R. A., Khasraghi, J. S., Nikoomanesh, M., Sabetrohani, H. ve Soleimanpour, S. (2021). Best practices in achieving universal health coverage: A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 191. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.191>
- Kopmaz, B. ve Arslanoğlu, A. (2018). Mobil sağlık ve akıllı sağlık uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 251-255. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1543239549>
- Korkmaz, S. ve Çuhadar, U. (2017). Sağlık hizmet kalitesi ve sağlık kurumunu tekrar tercih etme niyeti arasındaki ilişki: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 72-87.
- Kuh, Z. ve Erdem, R. (2022). Dijital bölünmenin sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisi. *Mesleki ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 55-67.
- Kumar, D., Hasan, Y. ve Afroz, S. (2023). Mobile health monitoring system: A comprehensive review. *International Journal of Research Publication and Reviews*, 4(6), 1922-1954. <https://doi.org/10.55248/gengpi.4.623.45128>
- Kutlu, İ. (2020). Sağlık ve sosyoekonomik statü bazı sağlık göstergelerine göre sosyoekonomik statü farklarının incelenmesi. *İnsan ve Toplum*, 10(4), 289-322.

- Lagarde, M. ve Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(4), CD009094. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009094>
- Landgren, S. ve Cajander, Å. (2021). Non-use of digital health consultations among Swedish elderly living in the countryside. *Frontiers in public health*, 9, 588583. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.588583>
- Levesque, J. F., Harris, M. F. ve Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov Test for Normality with Mean and Variance Unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 62(318), 399-402. <https://doi.org/10.2307/2283970>
- Limanlı, Ö. (2021). Türkiye’de Sağlık ve Sosyoekonomik Sınıf. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 156-171. <https://doi.org/10.25204/iktisad.855528>
- Mahendra, R. O. D., Ariantini, N. S., Kristiyawati, S. P., Putra, F. ve Abdillah, M. N. (2024). Innovations in public health: The role of technology in improving access to healthcare services. *The Journal of Academic Science*, 1(8), 1096-1104. <https://doi.org/10.59613/k5w9wp41>
- Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A. ve Strogatz, D. (2017). The relationship of health literacy with use of digital technology for health information: implications for public health practice. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23(4), 380-387. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000366>
- Maresova, P., Krejcar, O., Maskuriy, R., Bakar, N. A. A., Selamat, A., Truhlarova, Z., Horak, J., Joukl, M. ve Vitkova, L. (2023). Challenges and opportunity in mobility among older adults - key determinant identification. *BMC geriatrics*, 23(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04106-7>
- Marşap, A., Akalp, G. ve Yeniman, E. (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B. ve Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet (London, England)*, 391(10131), 1718-1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- McLaughlin, C. G. ve Wyszewianski, L. (2002). Access to care: Remembering old lessons. *Health Services Research*, 37(6), 1441-1443. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>

- Meyer, A. N., Giardina, T. D., Khawaja, L. ve Singh, H. (2021). Patient and clinician experiences of uncertainty in the diagnostic process: current understanding and future directions. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2606-2615. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.028>
- Öz, E. (2024). Sağlık Politikalarının Geliştirilmesi ve Yönetimin İyileştirilmesi. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 65, 102-105.
- Özen, H. (2021). Dijital sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından değerlendirilmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(38), 5440-5472. <https://doi.org/10.26466/opus.927187>
- Özmen, Z. (2017). Avrupa’da sosyal güvenlik sisteminin finansmanı: Farklı refah devletleri üzerine bir inceleme. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 600-620.
- Özselçuk, S. ve Yalım, F. (2019). Sağlık çalışanlarında empatik eğilim düzeyi ve iletişim becerileri: Şafak sağlık grubuna yönelik bir çalışma. *Kurgu*, 27(3), 66-89.
- Penchansky, R. ve Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Pınarbaşı, Ş. ve Piyal, B. (2022). Sürdürülebilir kalkınma hedefi üç’ün sağlık kapsayıcılığı işlevi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 379-391.
- Quinn, M., Forman, J., Harrod, M., Winter, S., Fowler, K. E., Krein, S. L., Gupta, A., Saint, S., Singh, H. ve Chopra, V. (2019). Electronic health records, communication, and data sharing: challenges and opportunities for improving the diagnostic process. *Diagnosis*, 6(3), 241-248. <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0036>
- Ranabhat, C. L., Jakovljevic, M., Dhimal, M., ve Kim, C. B. (2020). Structural factors responsible for universal health coverage in low- and middle-income countries: Results from 118 countries. *Frontiers in Public Health*, 7, 414. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00414>
- Roy, R., ve Malloy, J. (2023). *Evolving role of social media in health promotion. In Health promotion-principles and approaches.* IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.111967>
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sarıhan, M. (2021). Sağlık hizmetleri ve yenilikçi sağlık teknolojilerine erişimde eşitsizlikler. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 22, 249-257. <https://doi.org/10.31590/ejosat.844085>

- Saygılı, M. ve Çelik, Y. (2011). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(1), 39-71.
- Shapiro, S. S. ve Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3-4), 591-611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>
- Shaver, J. (2022). The state of telehealth before and after the COVID-19 pandemic. *Primary Care*, 49(4), 517-530. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.04.002>
- Sheehan, J., Laver, K., Bhoiti, A., Rahja, M., Usherwood, T., Clemson, L. ve Lannin, N. A. (2021). Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: A systematic narrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 493-511. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S295549>
- Solmaz, B. ve Duğan, Ö. (2018). Sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden "iletişim" üzerine bir inceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Solmaz, F. (2021). *Kentte risk olgusu: İstanbul'da sosyolojik bir inceleme* [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi. <https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/TEZ/ET002137.pdf>
- Sönel, D. T. (2024). Sağlık hizmetleri finansmanında katkı payları ve hakkaniyet. *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences (JOSHAS)*, 6(31), 1617-1627.
- Stoumpos, A. I., Kitsios, F. ve Talias, M. A. (2023). Digital transformation in healthcare: Technology acceptance and its applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3407. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043407>
- Şahin, G. ve Seçer, Ş. (2024). Sağlık çalışanlarının dijital okuryazarlık düzeyleri hakkında bir analiz: İzmir örneği. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 93-126. <https://doi.org/10.53306/klujeas.1484107>
- Şahin, K. ve Cezlan, E. Ç. (2023). OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık finansman modellerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 41(1), 44-61. <https://doi.org/10.17065/huniibf.1096257>
- Şimşek, B. ve Mete, M. (2023). Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin sağlık coğrafyasına dayalı mortaliteye etkisi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 133-154.
- Tahmasebi, F. (2023). The digital divide: A qualitative study of technology access in rural communities. *AI and Tech in Behavioral and Social Sciences*, 1(2), 33-39. <https://doi.org/10.61838/kman.aitech.1.2.6>

- Timur, A. ve Metin, S. (2023). Health literacy level of a province and factors affecting it. *Eskisehir Medical Journal*, 4(1), 57-63. <https://doi.org/10.48176/esmj.2023.104>
- Tiwary, A., Rimal, A., Paudyal, B., Sigdel, K. R. ve Basnyat, B. (2019). Poor communication by health care professionals may lead to life-threatening complications: Examples from two case reports. *Wellcome Open Research*, 4, 7. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15042.1>
- Topkaya, Ö. (2016). Sosyal politika bağlamında dünyada sağlık politikalarının tarihsel gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 707-722.
- Tsai, C. H., Eghdam, A., Davoody, N., Wright, G., Flowerday, S. ve Koch, S. (2020). Effects of electronic health record implementation and barriers to adoption and use: A scoping review and qualitative analysis of the content. *Life (Basel, Switzerland)*, 10(12), 327. <https://doi.org/10.3390/life10120327>
- Tulchinsky, T. H. ve Varavikova, E. A. (2014). Measuring, Monitoring, and Evaluating the Health of a Population. *The New Public Health*, 91-147. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00003-3>
- Vermişli Peker, S., Yavuz Van Giersbergen, M. ve Biçersoy, G. (2018). Sağlık bilişimi ve Türkiye’de hastanelerin dijitalleşmesi. *Health Academy Kastamonu*, 3(3), 228-267. <https://doi.org/10.25279/sak.398078>
- Viveiros, C. J. ve Darling, E. K. (2019). Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery*, 70, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.011>
- World Health Organization. (2002). *Sağlık ve insan hakları üzerine 25 soru - 25 cevap*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. Geneva: World Health Organization.
- Yavuz, A. (2020). Bilgi kirliliği ve bireysel sorumluluk: Salgın deneyimimiz. *MSGSÜ Sosyal Bilimler*, 2(22), 203-217.

- Yeasmin, M. N., Al Amin, M., Joti, T. J., Aung, Z. ve Azim, M. A. (2024). Advances of AI in image-based computer-aided diagnosis: A review. *Array*, 100357. <https://doi.org/10.1016/j.array.2024.100357>
- Yener, E. ve Öksüz, S. (2017). Özel hastanelerin karşılaştığı finansal sorunların tespiti ve çözüm önerileri. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 203-227.
- Yeşildal, M., Erişen, M. ve Kırar, R. (2020). Sağlık sistemlerine güvensizlik: bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 251-259.
- Yetim, B. ve Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440. <https://doi.org/10.33417/tsh.630479>
- Yeung, A. W. K., Torkamani, A., Butte, A. J., Glicksberg, B. S., Schuller, B., Rodriguez, B., Ting, D. S. W., Bates, D., Schaden, E., Peng, H., Willschke, H., van der Laak, J., Car, J., Rahimi, K., Celi, L. A., Banach, M., Kletecka-Pulker, M., Kimberger, O., Eils, R., Shariful Islam, S. M., Wong, S. T., Wong, T. Y., Gao, W., Søren, B. ve Atanasov, A. G. (2023). The promise of digital healthcare technologies. *Frontiers in Public Health*, 11, 1196596. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1196596>
- Yıldız, E. (2019). *Sağlığa ilişkin risklerin önlenmesi bağlamında sağlık iletişimi kampanyalarının ve yeni medyanın rolü* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi. <https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/TEZ/ET000189.pdf>
- Yıldız, H., Ecevit, E., Yıldırım, E. ve Şükrüoğlu, D. (2024). Sağlık hizmetlerine dair bireylerin algıları ve tutumlarındaki değişim: Türkiye örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 20(ICMEB'24 Özel Sayı), 22-43. <https://doi.org/10.17130/ijmeh.1488303>
- Yılmaz, D. ve Günay, M. A. (2022). Türkiye’de sağlık iletişimi: Sağlık çalışanları üzerine yapılmış bir araştırma. *İnönü Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi (İNİF E-Dergi)*, 7(1), 75-91. <https://doi.org/10.47107/inifedergi.977601>
- Yılmaz, F. Ö., Gökmen, E. ve Erişen, M. A. (2023). Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinde sağlık finansmanının yerine ilişkin sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 180-188. <https://doi.org/10.55050/sarad.1257239>
- Yılmaz, S., Ateş, M. ve Abay, P. (2025). Adaptation and psychometric assessment of the Turkish version of the perceived access to health care questionnaire: Validity and reliability analysis. *Healthcare*, 13(4), 370.

- Yoloğlu, A. C., Kurt, A. Ö., Levent, Y. S., Levent, T., Burat, S., Karaca, S. ve Gökalp, S. (2020). Sağlık eşitsizlikleri, DSÖ yaşam kalitesi ölçeği üzerinden bir değerlendirme: Mersin ili Mezitli ilçesi örneği. *Planlama Dergisi*, 30(1), 66-88. <https://doi.org/10.14744/planlama.2019.29484>
- Zengin, N. (2010). “Sağlık hakkı” ve sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52.



EKLER

Ek 1: Anket

Sağlık Hizmetlerine Algılanan Erişimi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: İstanbul Örneği

Sayın katılımcı;

Bu araştırma İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalında Perihan CİHANER tarafından Doç. Dr. Bülent DEMİR danışmanlığında yürütülen yukarıda konu başlığı belirtilmiş olan yüksek lisans tez çalışması için hazırlanmıştır. Aşağıda yer alan sorulara özgür ve kendi bilgi ile düşünceniz doğrultusunda hiçbir baskı altında kalmadan cevaplamanız istenmektedir. Bu araştırmaya kendi hür irade ve isteğiniz ile katılabilirsiniz. Araştırmada yer almak istemiyorsanız tarafınıza yönlendirilen bu anket formuna cevap verme zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Araştırmaya katılarak anket sorularını cevaplamanız halinde kendinize ait hiçbir kişisel bilgiye yer vermeyiniz. Tarafınızdan verilen cevaplar sadece anket içerisinde yer alan sorulara yönelik cevaplar şeklinde olacak ve KVKK gereğince sizin tanınmanıza yönelik kimlik ve kişisel verilerinize ilişkin hiçbir bilgi ve materyal kayıt altına alınmayacaktır. Anket sorularını lütfen okuyarak, anlayarak cevaplayınız. Verdiğiniz cevaplar gerçek ve doğru bilgilerden oluşmasına lütfen dikkat ediniz. Göstereceğiniz katkı ve katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz. Saygılarımızla...

Cinsiyet

Kadın ()

Erkek ()

Yaşınız

18-20 ()

21-25 ()

26-30 ()

31-40 ()

41-50 ()

51-65 ()

66+ ()

Mesleğiniz

Öğrenci ()

İşçi ()

Memur ()

Serbest Meslek ()

Emekli ()

Çalışmıyor ()

Eğitim durumunuz

Okur Yazar ()

İlköğretim ()

Lise ()

Yüksekokul – Üniversite ()

Yüksek Lisans Doktora ()

Sosyo-ekonomik açıdan kendinizi hangi grupta tanımlarsınız?

Düşük ()

Orta ()

Yüksek ()

Medeni durumunuz

Evli ()

Bekar ()

Yaşadığınız yer

Şehir ()

İlçe ()

Köy ()

Yaşadığınız bölgede hangi tür sağlık kurumu bulunmaktadır?

Aile Sağlık Polikliniği ()

Hastane ()

Eğitim Hastanesi ()

Üniversite Hastanesi ()

Hepsi ()

Hiçbirisi ()

Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet ()

Hayır ()

Teknolojik iletişim araçlarını kullanarak, sağlık kuruluşlarına ulaşmada kendinizi yeterli görüyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

Sağlık güvencenizin türü

SGK ()

Genel Sağlık Sigortası ()

Yeşil Kart ()

Hiçbirisi ()

Özel sağlık sigortanız var mı?

Evet ()

Hayır ()

Genellikle hangi sağlık kurumundan hizmet alırsınız?

Kamu Kurumlarından ()

Özel Sağlık Kurumlarından ()

Her iki Kurumdan ()

Hizmet aldığınız sağlık kurumları ile, şu zamana kadar hukuki veya farklı bir sorun yaşadınız mı?

Evet ()

Hayır ()

Ülkemizin sağlık sistemini genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

İyi ()

Ne iyi ne kötü ()

Kötü ()

Sağlık hizmetleri için ödediğiniz ücretleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Yüksek ()

Normal ()

Düşük ()

Sağlık Hizmetlerine Algılanan Erişim Ölçeği

(Sayın katılımcı; aşağıdaki soruları 5,4,3,2,1 puan derecesine göre 5 “Kesinlikle Katılıyorum” 4 “Katılıyorum” 3 “Kararsızım” 2 “Katılmıyorum” 1 “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde işaretleyiniz.)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
İhtiyaç duyduğum hizmetler sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır.					
Sağlık kuruluşlarının evime olan uzaklığı uygundur.					
Sağlık kuruluşlarına uygun sürede ulaşabiliyorum.					
Sağlık kuruluşlarına kolaylıkla gidebiliyorum.					
İhtiyaç duyduğum sağlık hizmetlerini sağlık kuruluşlarından alabilmekteyim.					
Sağlık personeli, ihtiyaçlarımı karşılamak için gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.					
Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesi yeterlidir.					
Sağlık personeli, benim ihtiyacım olan bilgi kaynaklarını benim için kullanır.					
Sağlık personeli beni dikkatle dinler.					
Sağlık çalışanları bana yeterli zamanı ayırır.					

Sağlıkla durumumla ilgili tedavi ekibinin (doktor, hemşire, ebe vb.) açıklamalarına güvenirim.					
Benimle aynı cinsiyette olan sağlık personelinin hizmet alma isteğim dikkate alınır.					
Sağlık çalışanları genellikle saygılıdır.					
Kamu sağlık kuruluşlarındaki çalışma saatleri, ihtiyaç aldığım hizmet için uygundur.					
Sağlık kuruluşlarının fiziksel özellikleri ihtiyaç duyduğum hizmet için uygundur.					
Sağlık kuruluşlarında tekerlekli sandalye gibi araçlara kolaylıkla ulaşabilirim.					
Sağlık personeli tarafından bana verilen eğitimleri anlayabiliyorum.					
İhtiyaçla ilgili bilgiler, sağlık personeli tarafından anlaşılır bir şekilde verilmektedir.					
Sağlık çalışanlarıyla iletişimim yeterlidir.					
Sağlık çalışanları, ihtiyacıma dair verdikleri bilgiyi benim anlayacağımdan emin olmaya çalışırlar.					
Sağlık kuruluşlarından kolaylıkla randevu alabilmekteyim.					
İhtiyaç duyduğum sağlık hizmetini almak için bekleme süresi kabul edilebilir.					
Sağlık kuruluşları sosyal ve ekonomik durumumu dikkate alarak gerekli düzenlemeleri yapmıştır.					

ÖZ GEÇMİŞ

Perihan CİHANER lisans eğitimini Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'nde tamamlamıştır. 1990 yılından itibaren çeşitli özel sektör kuruluşlarında; maliyet muhasebesi, banka muhasebesi, finansman ve ürün imalatı gibi farklı departmanlarda görev alarak geniş kapsamlı bir iş deneyimi edinmiştir.

2005 yılından itibaren güzel sanatlara ilgi duymaya başlamış ve bu alanda birçok branşta eğitimler almıştır. Özellikle resim sanatına yoğunlaşan CİHANER, aktif olarak ressamlık kariyerine devam etmektedir. Sanat alanındaki bilgi ve yetkinliklerini pekiştirmek adına, Milli Eğitim Bakanlığı onaylı birçok sertifika programını başarıyla tamamlamıştır.

