T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğretim Üyesi Aysu ZEKİOĞLU

SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNE DAİR ALGILARININ VE BEKLENTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Şeyda ÇAVMAK

Referans no: 10174197

EDİRNE–2018

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğretim Üyesi Aysu ZEKİOĞLU

SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNE DAİR ALGILARININ VE BEKLENTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Şeyda ÇAVMAK

Destekleyen Kurum:

Tez no:

EDİRNE–2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr.Öğr.Üyesi Aysu ZEKİOĞLU danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Şeyda ÇAVMAK tarafından tez başlığı **"Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlıklı Hayat Merkezlerine Dair Algılarının ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi"** olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **08/06/2018** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

Dr.Öğr.Üyesi Eda Yılmaz ALARÇİN
JÜRİ BAŞKANI

Dr.Öğr.Üyesi Aysu ZEKİOĞLU
ÜYE

Dr.Öğr.Üyesi Serol KARALAR
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezin yazılış sürecinde her adımda yanımda olan değerli eşim Doğancan ÇAVMAK'a, eğitim hayatım boyunca desteğini esirgemeyen babam Sami AKAY'A ve annem Ayşe AKAY'a, lisansüstü eğitim süresince bilgilerinden ve tecrübelerinden yararlandığım Dr. Öğretim Üyesi Aysu ZEKİOĞLU'na, alan çalışmamda desteğini esirgemeyen arkadaşım Erdoğan TEMELLİ'ye

Eğitim hayatım boyunca desteğini ve iyi niyetlerini gördüğüm herkese teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **4**

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ **4**

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜLKE ÖRNEKLERİ **8**

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ **18**

SOSYAL PAZARLAMA VE MÜŞTERİ ALGISININ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ HİZMETLERİNE ETKİSİ **31**

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ ALGISI **34**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **38**

BULGULAR **41**

TARTIŞMA **55**

SONUÇLAR **60**

ÖZET **63**

SUMMARY **64**

KAYNAKLAR **65**

ŞEKİLLER LİSTESİ **72**

TABLOLAR LİSTESİ **72**

ÖZGEÇMİŞ **73**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMA: American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)

AMA: Amerikan Medical Association (Amerikan Pazarlama Birliği)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BM: Birleşmiş Milletler

CCGs: Clinical Commissioning Groups (Klinik Komisyon Grupları)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GP: General Practitioner (Pratisyen Hekim)

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

HMO: Health Maintanence Organizations (Sağlık Bakım Organizasyonları)

HSK: Halk Sağlığı Kurumu

MCOs: Managed Care Organizations (Yönlendirilmiş Bakım Organizasyonları

NHS: National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri)

NICs: National Insurances Contributions (Ulusal Sigorta Katkıları)

PHOs: Primary Healthcare Organizations(Birinci Basamak Sağlık Organizasyonları)

PPO: Preferred Provider Organizations (Tercih Edilmiş Sunucu Organizasyonları)

SHM: Sağlıklı Hayat Merkezi

SKH: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

TSH: Temel Sağlık Hizmeti

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kavramına atfedilen bileşenler günümüzde, geçmişe oranla daha bütüncül ve disiplinlerarası bir yapıya bürünmüştür. Günümüzde sağlık ve hastalık kavramı tartışılırken, bireyler çevre, davranış, kalıtım gibi unsurlar çevresinde, toplumun sosyo-ekonomik yaşamı, eğitim imkanları, sosyal güvenlik yapısı ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile birlikte değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmet sunmanın ötesinde, işbirlikleri ve toplumsal katılım ile birlikte, bireylerin kendi yaşam koşullarını düzenlemeleri üzerine bir farkındalık yaratma çabası içerisindedir. Dünya genelinde bu misyonu yüklenme görevi, büyük oranda birinci basamak sağlık kuruluşlarına bırakılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ülkenin sağlık statüsünü geliştirmek, sağlıkta eşitsizlikleri gidermek ve sürdürülebilirliği sağlamak üzere kilit yapı olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarını modern işletme yapısına büründürme ve entegre hizmet sunmalarını sağlama çabaları, artan bilgi teknolojileri ile birlikte zaman içinde, sağlık kuruluşlarını oldukça farklı bir konuma getirmiştir. Hasta takibi, yaşam davranışlarını düzenleme çabası ve tedavi edici hizmetlere entegrasyon temel uygulama alanları arasına girmiştir. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşları sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de üstlenmiş durumdadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü de, birinci basamak ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine yönelik yaptığı çalışmalar ve yayınlar ile bu alana ilgiyi arttırmaya uğraşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlığı geliştirme anlayışı, sağlıkla ilgili olan, ekonomi, eğitim, yerel yönetimler, finansörler gibi tüm kuruluşların işleyişlerine adapte edilmesi gereken önemli bir olgudur.

Türkiye 2005 yılında başlattığı, aile hekimliği sistemine geçiş süreci ile, modern yönetim ilkelerinin uygulanması üzerine süregelen tartışmalara yönelik somut bir adımı

gerçekleştirmiştir. Aile sağlığı merkezleri, hizmet kullanımını kontrol altına almak ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını doğru bir şekilde tespit etmek üzere tasarlanmıştır. Özellikle ana-çocuk sağlığı konusunda, aile sağlığı merkezlerinin katkısı oldukça yüksektir. Ancak hizmet başvuru noktaları genel manada incelendiği zaman, birinci basamak sağlık hizmetlerine olan başvuruların, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere oranla düşük kaldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı'nın, birinci basamağa ilişkin "sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek" üzere belirlemiş olduğu misyon, anlayışta bir takım değişikliklere yönelik sinyallerin varlığını göstermiştir. Bu amaç doğrultusunda, Sağlıklı Hayat Merkezleri'nin kurulduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazında, Sağlıklı Hayat Merkezleri uygulamasının yer alması, birinci basamak hizmetlerini güçlendirmeye yönelik istek ve çabanın devam ettiğini göstermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, topluma istenen yaşam ve sağlık hizmeti tüketim alışkanlıklarını kazandırabilmek için, kalite algısı ve pazarlama anlayışı oldukça önemli bir konuma sahiptir. Hizmetlerin varlığından haberdar etmek, hizmet sunucusu ile alıcı arasındaki güven ilişkisini ve etkili iletişimi sağlayabilmek, toplumun farkındalık düzeyini ve sağlık okuryazarlığını geliştirebilmek için, kullanılabilecek en etkili araç sosyal pazarlama anlayışıdır. Bu doğrultuda, sosyal pazarlama stratejilerinin ve kampanyalarının doğru belirlenebilmesi için, toplumun algı ve beklenti düzeyini doğru bir şekilde ölçmek önem kazanmaktadır.

Çalışmanın amacı, yeni kurulan Sağlıklı Hayat Merkezlerine yönelik olarak, bireylerin algı ve beklentilerini tespit etmek ve değerlendirmektir. Sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklentinin, cinsiyet, gelir durumu, ilçeler ve başvuru sebepleri kıstaslarına göre farklılık gösterip göstermediğinin tartışılması ve bu alanda öneriler sunulması amaçlanmıştır. Çalışma 18 sağlıklı hayat merkezinin fiili olarak açılmış olduğu İstanbul ilinde gerçekleştirilmiştir. 9 sağlıklı hayat merkezi, fiziki özellikler, hizmet kapsamı ve hasta sayısı göz önünde bulundurularak çalışma kapsamına alınmıştır. İlgili SHM'lerden hizmet kullananlar ile anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın amacına hizmet edebilmesi için, "genel bilgiler" kısmında, birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı ve ülkelere göre örgütlenme tarzları, sağlığın geliştirilmesi kavramı ve unsurları ve sosyal pazarlama anlayışı irdelenmiştir. Çalışmanın yöntemi, örneklemi ve kısıtları "gereç ve yöntemler" bölümünde anlatılmıştır. "Bulgular" kısmında, uygulamada kullanılan ölçeğe yönelik faktör ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler ve istatistiki anlamlılık testleri sunulmuştur. Mevcut bilimsel bilgiler ve çalışma bulguları doğrultusunda,

bireylerin sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı düzeyleri, bu durumun etkenleri ve bunlara yönelik öneriler “tartışma” bölümünde ele alınmıştır.

GENEL BİLGİLER

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacına yönelik yürütülen faaliyetlerin yanı sıra, hastalıkların tedavisi ve gerekli durumlarda rehabilite edilmesine yönelik örgütlü çabaların tümünü ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerini, hastalara, bireylere, ailelere ve topluma yönelik sorumluluğa sahip bir hizmet sağlama ağının parçası olarak ifade etmektedir. DSÖ'nün bu ifadesi, hem klinik hizmetlere hem de bireylerin genel sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik olarak sunulan hizmetlere işaret etmektedir (1). Sağlık hizmetleri temel olarak; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.Bir sağlık sisteminin en önemli unsurları yüksek kaliteli ve ulaşılabilir olmasıdır. Öte yandan iyi olarak nitelenen bir sağlık hizmeti sunumunun sahip olması gerek temel özellikler aşağıdaki şekilde açıklanabilir (2).

1.Kapsayıcılık; önleyici, tedavi edici ve palyatif bakımı içermesi, entegre hizmet sunması

2.Ulaşılabilirlik; finansal ve fiziksel açıdan, toplumun sağlık statüsünü yükseltecek düzeyde örgütlenmiş olması

3.Devamlılık; yaşam döngüsü boyunca, bireyi sağlıklı tutacak düzeyde sürekli hizmet sağlaması

4.Kalite; hizmetlerin efektif, güvenli ve hasta merkezli sunulması

5.Koordinasyon; uluslararası, ulusal ve yerel yapılar ile işbirliği halinde çalışılması, toplumun katılımının tahsis edilmesi

6.Hesap verebilirlik; kaynakların verimli kullanılması, süreçlerde şeffaflık sağlanması, israfların engellenmesi ve bilgilendirmelerin etkili olması

Sağlıkta eşitsiliğin minimize edilmesi, toplumun sağlığa yönelik olarak değişen ve gelişen beklentilerinin karşılanması ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin oluştutulabilmesi için, 'birinci basamak sağlık hizmetleri' temel yöntem olarak kabul görmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öncelikle değer verdiği ilke, bireyi sağlık hizmetlerinin temeline yerleştirerek toplumun daha iyi sağlık göstergelerine ulaşmasını sağlamaktır (3). Birinci basamak sağlık hizmetleri taramalar, koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çevreye yönelik koruyuculuk görevi, özellikle kişilere yönelik olarak sunulan hizmetler etrafında şekillenmektedir. Koruyucu hizmetler arasında yer alan, alt yapı, konut, çevresel şartlar, hava kalitesi vb. faktörler, birinci basamak sağlık kuruluşlarının görevleri arasında yer almayıp, farklı uzmanlık alanları tarafından üstlenilmiş hizmetlerdir. Dolayısı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyuculuk görevi, doğrudan kişiye yönelik olarak; bağışıklama, erken tanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma, ana-çocuk sağlığı (gebelik planlama, gebe ve bebek takibi) alanları etrafında şekillenmektedir. Aşılama oranları, bebek izlem sayıları, bebek ölüm oranları, tarama testleri, bu hizmetlerin performansı için önemli göstergeler arasında yer almaktadır (4).

Ayaktan tedavi ile çözümlenebilecek olan sorunların esas olarak, birinci basamak bünyesinde giderilmesi beklenir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ülkelerin sürdürülebilir sağlık sistemine sahip olabilmeleri için kilit rolde yer aldığını gösterir. Güçlü bir birinci basamağın varlığı, gereksiz sağlık hizmeti üretimini engellemesinin yanı sıra, toplumun daha iyi sağlık göstergelerine sahip olmasına katkı sağlar (5).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik beklentiler ve bakış açıları mevcut durumda bir takım değişiklikler göstermektedir. Başlangıçta, birinci basamak sağlık hizmetleri büyük oranda, özellikli gruplar üzerine yoğunlaşmış ve entegrasyondan uzak bir bakış açısına sahipken, günümüzde toplumu bir bütün olarak değerlendirme yönünde gelişim göstermektedir (3). (Tablo 1).

Tablo 1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Anlayışı (3)

Yakın Dönem Anlayışı	Mevcut Anlayış ve İlgi Alanları
Kırsal bölgelerdeki yoksullar için temel sağlık ve ilaç hizmetleri	Evrensel erişim ve toplumsal korumaya yönelik, sistem ve sağlık sigorta düzenlemeleri
Anne ve çocuk sağlığı üzerine yoğunluk	Toplumu bütün olarak değerlendirme
Birtakım enfeksiyon ve akut hastalıklara odaklanma	Toplumun ihtiyaçlarına kapsayıcı bir bakış açısı, tüm sağlık konuları
Hijyen, sanitasyon, su ve sağlık eğitiminin geliştirilmesi üzerine çalışma	Sağlığı geliştirme anlayışı, bireysel davranışları geliştirme ve çevresel şartları iyileştirme
Merkezi ve sadece devlet finansmanı ile sunum	Küresel ve çoğulcu finansman ve sunum
Yerel sağlık merkezleri ve merkezi yönetim aracılığı ile hizmetlere katılım	Sivil toplumun örgütlü ve kurumsal bir yapıda hizmetlere entegre olması

Bireyler, ait oldukları toplum içerisinde güvenli ve sağlıklı bir şekilde yaşamak isterler. Bu durumun sağlanabilmesi için, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma büyük öneme sahiptir. Bireyler genelde bu alanlar için hükümetlerden talepte bulunmaktadırlar. Dolayısı kamu gücünün, bu hizmetleri sürekli ve etkili kılabilmek adına birtakım sorumluluklar alması gerekmektedir. İlk olarak, etkili bir sağlık sisteminin varlığı üzerine uygun politikalar geliştirilmesi zaruridir. İkinci olarak, tüm toplumun bu hizmetlerden yararlanabileceği etkili bir yönetim anlayışının sağlanması önem arz etmektedir. Üçüncü olarak ise sağlık kavramının, tüm politikalar içerisinde yer alan bir unsur olarak değerlendirilmesini sağlamaktır. Birinci basamağa yönelik bir kamu gücünün oluşturulması, bu alanın varlığını sürdürebilmesi için olmazsa olmazlardandır (6,7).

Birleşmiş Milletler (United Nations-UN) tarafından geliştirilmiş ve yayınlanmış olan, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH-Sustainable Development Goals-SDGs) arasında, "iyilik hali ve sağlıklı olma" yer almaktadır (8). DSÖ, sağlık için güçlü bir çerçevenin oluşturulmasının, kalkınma hedefleri doğrultusunda, sosyal kapsamı genişletmeye, yoksulluğu azaltmaya ve çevre korumasının sağlanmasına bağlı olduğunu belirtmektedir. Bu hedeflere ulaşma yolunda, ülkelerin atabilecekleri adımları aşağıdaki şekilde altı temel hareket alanı içerisinde sunmaktadır (9).

Tablo 2. SKH 2030 Doğrultusunda Sağlığı Geliştirme Adımları (9)

	Altı temel hareket alanı	**SKH 2030 gündeminde yer alan fırsatlar**
Sağlık sistemi için daha iyi sistemler geliştirme	Çok sayıda paydaş ile multisektörel eylemler	Tüm politikalar içerisine sağlığı yerleştirme, tüm paydaşları kapsama alma
	Genel sağlık güvencesi için sağlık sistemini güçlendirme	Kapsayıcı bir sağlık sistemi içerisine, iyi yönetilmiş ve finansal riski de kapsayan hastalık kontrol programları sağlamak
Mümkün kılan faktörler	Eşitliğe ve insan haklarına saygı	Tüm bireyleri kapsayacak şekilde sağlığı geliştirmek ve kadınları sosyal hayatta güçlendirmek
	Sürdürülebilir finansman	Yeni finansman kaynaklarını cezbetmek, gereksiz işlemleri ve duplikasyonları engellemek, yerli finansmanı güçlendirmek
	Bilimsel araştırmalar ve inovasyon	Medikal, sosyal ve çevresel belirleyiciler üzerine araştırma yapılmasını desteklemek
	İzleme ve değerlendirme	Verilerin tahsisi ve değerlendirilmesi için yeni teknolojilere adapte olmak, sağlıkla ilgili hedeflere yönelik izleme sistemleri geliştirmek

Görüldüğü üzere, kalkınma hedeflerinin odağında yer alan sağlık hizmetlerinde, toplumun katılımı, sorumluluk ve finansal sürdürülebilirlik olguları öne çıkmaktadır. Birinci

basamak sağlık hizmetleri, bu hedeflere ulaşma yönünde ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması aşamasında etki değeri yüksek alanlardan biridir.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜLKE ÖRNEKLERİ

Birleşik Krallık 'ta Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak kamu harcamaları ile yürütülse de, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler de, finansman noktasında önemli role sahiptir. Kamu finansmanı vergiler ve Ulusal Sigorta Primleri (National Insurance Contributions-NICs) aracılığıyla sağlanmaktadır. Ülke sağlık sistemi kamu ağırlıklıdır ve Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services-NHS) olarak adlandırılmaktadır. NHS, birinci basamak sağlık hizmetleri temellidir ve bütçesinin büyük bir bölümü bu hizmetleri finanse etmek için kullanılmaktadır. Özel sigortalar genelde, NHS tarafından sunulmayan hizmetlere ulaşabilmek ya da kamu tarafından karşılanmayan hizmetleri karşılayabilmek için tercih edilmektedir (10).

NHS, koruyucu sağlık hizmetleri (taramalar, aşılama ve bağışıklama vb.), ayaktan ve yatan hasta bakımı, ilaç bedelleri, klinik olarak zorunlu diş sağlığı hizmetleri, kısmi olarak göz sağlığı hizmetleri, akıl sağlığı hizmetleri, palyatif bakım, kısmi olarak uzun dönem bakım ve rehabilitasyon, fizyoterapi gibi hizmetleri kapsamına almaktadır (11). Kamu tarafından sınırlı ancak tüm nüfusun erişim sağlayabileceği hizmetler sunulmaktadır. Dolayısı ile NHS'in, herkese hizmet sunma ama her hizmeti sunmama yönünde benimsemiş olduğu bir anlayış söz konusudur.

Birleşik Krallık'ta, sağlık kurumlarını kullanabilmek için, aile hekimi aracılığı ile sevke ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısı ile birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumu hastalıklardan korumanın yanı sıra, güçlü bir tedavi hizmeti de sunma misyonunu yüklenmiş durumdadır (12).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, NHS bünyesinde, bölgesel olarak büyük bir yapılanmaya sahiptir. Günümüzde NHS'in bütçesinin büyük bir oranına sahip olan Klinik Komisyon Grupları (Clinical Commissioning Groups-CCGs), birinci basamak hizmetleri yöneten en büyük yapıdır. CCGs, bölgesel olarak, toplumun sağlık durumunu belirlemek ve buna yönelik hizmetleri örgütlemek misyonu ile hareket etmektedir. General Practitioner (GP) olarak adlandırılan, birinci basamak hekimleri, bir CCGs bünyesinde çalışmak durumundadır. CCGs temel olarak, bir araya gelen hekimler tarafından kurulur ve işletme mantığı ile çalışır. Ancak CCGs, diğer ülkelere nazaran, yapısı itibari ile farklı bir mekanizmaya sahiptir.

CCGs'nin yönetim kurulları vardır. Bu yönetim kurullarında, bölge halkından temsilciler de yer bulabilmektedir (13).

Birinci basamakta hizmetler GP'ler tarafından sunulmakta ve hemşireler, sağlık bakım asistanları, uygulama yöneticileri, resepsiyonistler ekibin diğer elemanları olarak görev yapmaktadırlar. GP'ler sağlık problemlerini çözmelerinin yanı sıra, sağlık eğitimi, beslenme tavsiyeleri, sigarayı bırakma çalışmaları, aşılama, klinik yönetimi ve basit cerrahi işlemleri de gerçekleştirmektedirler (14).

Bireyler bir aile hekimine kayıtlı olmak durumundadırlar. GP'ler geçerli bir mazeret olmaması durumunda, kendilerine başvuran kişileri kabul etmek durumundadır. Bireyler aile hekimlerini seçme özgürlüklerine esasen sahip olmalarına rağmen, nüfus dağılımını efektif bir şekilde yapabilmek adına, bu alanda bir takım sınırlamalar olduğu görülmektedir (11,14).

NHS, 2000 yılından itibaren walk-in centres şeklinde adlandırılan bir uygulama başlatmıştır. Bu sistem, bireylerin randevuya ihtiyaç duymadan birinci basamak sağlık hizmeti alabilmesini mümkün kılmaktadır. Bu yapılar genellikle hemşireler tarafından idare edilmekte ve düzenli ofis saatleri şeklinde çalışmaktadırlar. Walk-in centres, ufak şikayetler durumunda, bireylerin acil servisler yerine kullanmaları üzerine teşvik edilmektedir (10).

ABD'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

ABD'de hekimlerin yaklaşık olarak üçte biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmaktadırlar. Hekimler kendi başlarına birimler ya da bir araya gelerek grup uygulamaları şeklinde organize olabilmektedirler. Birinci basamak hizmet uygulamaları, hemşireler ve diğer sağlık personellerinin de dâhil olduğu bir ekip çerçevesinde yürütülür. Hekimlere, kişi başı ödemeler yapılmasının yanında idari masraf ödemeleri ve sigorta paketleri doğrultusunda müzakere edilmiş ödemeler de yapılmaktadır. Aynı zamanda sigorta şirketleri ve Medicare tarafından belirlenmiş kalite indikatörleri doğrultusunda, teşvik ve ceza sistemi de mevcuttur. Sigortalılar, sigorta poliçesinin karşıladığı tutarların dışında, hizmet sunuculara ek ödemeler de yapmak durumundadırlar (11).

Birinci basamak hekimlerin, bazı sigorta paketleri haricinde, kapıtutuculuk (gatekeeper) görevi yoktur. Bu durum, sigorta paketi satın alan kişinin tercihleri neticesinde şekillenmektedir. Bireyler almak istedikleri sigorta poliçesini, sağlık sigortası piyasasından bireysel olarak ya da işvereni aracılığı ile elde edebilmektedir. ABD'de sigorta paketleri, kendi sağlık kurumlarında, bireysel çalışan hekimlerle ve hastaneler ile anlaşmalar yaparak hizmet sunumunu gerçekleştirebilmektedirler. Managed Care Organizations (MCOs) olarak bilinen

organizasyonlar , sigorta kuruluşuna entegre bir şekilde, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır (15**).** Bu durumda birey, birinci basamağa başvurmakta ve gerekli durumlarda buradan sevk almaktadır. Bu paket kapsamında, başka bir yerden hizmet alamamaktadır. Ancak bireyler isterse daha yüksek primli ve kapsamlı sigorta paketleri satın alarak, birinci basamak hizmetleri hiç kullanmadan daha geniş perspektifte bir hizmet alabilme şansına sahiptirler.

Health Maintanence Organizations (HMO), MCOs içinde birinci basamak odaklı hizmetler sunan bir organizasyondur. Bu paket bireylere, düşük prim, ilk başvuruda birinci basamak hizmetler ve anlaşmalı kurumlardan hizmet alma kapsamı sunmaktadır. Daha kapsamlı hizmet almak isteyen bireyler, HMO yerine Preferred Provider Organizations (PPO) kapsamını seçerek, daha yüksek prim ödeme karşılığında, doğrudan uzman hekim veya ikinci basamak hizmetlere ulaşabilmektedirler (16).

Almanya'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Almanya'da vatandaşlar, belirlenen gelir eşiğinin altında olmaları ve çalışan olmaları durumunda, rekabet halindeki zorunlu sağlık sigortalarından (sickness funds-SFs) birine kayıt yaptırmak zorundadırlar. Zorunlu kamu sağlık sigortası temelde beş özelliğe sahiptir. Bunlar; dayanışma, otonomi, birlikte finansman, çoğulculuk ve ayni yardımlardır. Zorunlu sağlık sigortası, tüm vatandaşların katılımını sağlayarak bir dayanışma ağı oluşturur. Aynı zamanda bu sigorta kendi kendine yetebilecek ve kendini bağımsız olarak yönetebilecek bir yapıya sahiptir. Sigorta finansmanı, işçi, işveren ve federal hükümetin işbirliği ile sağlanır. Sigorta sunucusu tek değil, birden fazladır ve rekabet halindedir. Sağlık hizmeti hastaya fatura ettirilmeden sunulur (17). Zorunlu sağlık sigortası, koruyucu sağlık hizmetleri, ayaktan ve yatarak tedaviler, akıl sağlığı hizmetleri, diş sağlığı hizmetleri, optometri, fizik tedavi, reçete edilmiş ilaçlar ve palyatif bakım gibi, geniş bir hizmet ağını kapsamaktadır (11).

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmak isteyen hekimlerin, aile hekimliği uzmanlığı almış olmaları bir zorunluluktur. 7.5 yıllık tıp eğitimi içerisinde, 1 yıl intörnlük ve 1.5 yıl zorunlu klinik eğitim sonrasında, bitirme sınavından başarılı olmak gerekliliği mevcuttur. 1994 yılından sonra gelen bu zorunluluk neticesinde, birinci basamak hizmetler aile hekimleri tarafından yürütülmeye başlanmıştır (12). 2014 yılı itibari ile kendi namına çalışan hekimlerin %48'i, aile hekimi olarak çalışmaktadır (11).

Hekimler hastalık fonları olarak da bilinen sağlık sigortaları ile anlaşma yapmak ve bu şartlara göre çalışmak durumundadırlar. Özellikle 2004 yılı itibari ile sigorta fonları üyelerine, aile

hekimliği seçeneği getirmiş, bu uygulama ile birlikte aile hekimliği zorunlu bir sevk mekanizmasına sahip olmamasına rağmen bu yönde yönlendirici bir konuma sahip olmuştur (18).

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, özel sektör statüsündedir. Birinci basamak hekimleri kendi namına çalışan bireysel ya da hekim grupları şeklinde, bir işletme mantığı ile çalışmaktadır. Hekimler sigorta ile anlaşma yapmakta ve bu anlaşma doğrultusunda ödeme almaktadır. Birinci basamak hekimlerine ödemeler genelde hizmet başı (fee for services) şeklinde yapılmaktadır. Bölgesel olarak kendilerine bağlı nüfusun sağlık statüsünden birinci dereceden sorumlu yapılardır. Bireyler aile hekimlerini seçme konusunda özgürdürler. Ancak seçilen bir aile hekiminin, 3 aydan önce değiştirilmesi mümkün değildir (18).

Almanya'da kapıtutucu görevi ile çalışacak şekilde organize edilmiş aile hekimliği sistemi zorunlu bir uygulama değildir. Yalnızca bireylere sigorta tarafından sunulmuş bir opsiyon durumundadır. Bu sigorta paketini tercih etmemiş kişiler, kendi namına çalışan herhangi bir hekimden hizmet alabilmektedir. Ancak bu durum sigorta primlerinde farklılıklar olmasını da kaçınılmaz kılmaktadır. Aile hekimliği altında, zorunlu sevk sistemi ile hizmet alan hastalarda, aile hekimlerine sigorta tarafından, kişi başı ödeme yapılır (19).

Fransa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Fransa birinci basamak sağlık hizmetleri, kendi namına çalışan birinci basamak hekimleri (GPs) ve hekimini özgürce seçebilen vatandaşlar etrafında şekillenmektedir. Hekimler tedavi edilen her hasta için ücret alma hakkına sahiptirler. Vatandaşlar hizmet koordinasyonu noktasında büyük rol oynamaktadırlar. Çünkü bağımsız olarak çalışan hekimler arasında seçim yapma ve sunulan hizmetleri takip etme sorumluluğu, hizmet sunucular ile hasta ve ailesi tarafından paylaşılmış durumdadır (20).

Fransa'da bir aile hekimine kayıtlı olma zorunluluğu yoktur. Zorunlu sağlık sigortası çoğunlukla bir hastalık fonu şeklinde işlemektedir. Ancak, vatandaşların bir aile hekimine kayıt olarak, sevk sistemine dahil olması, finansal teşvik kapsamındadır. 16 yaş üstü bireyler, bu yolu tercih etmeleri durumunda, sigorta primlerine yönelik sübvansiyon almaktadırlar. Bu teşviklerin nedenleri arasında, Fransa sağlık sistemi içerisinde yer alan koordinasyonsuzluk sorunu yer almaktadır. 2004 yılında "Preferred Doctor" uygulaması ile sigorta kapsamında hizmet alınabilecek hekimlerin belirlenmesi uygulamasına gidilmiş ve bu uygulamanın tercihi için teşvikler sunulmaya başlanmıştır (21).

Norveç'te Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Norveç sağlık sistemi yarı-desantralize bir yapıdadır. Ülkede sağlık bölgeleri bulunmakta ve her bölge kendi alanı içerisinde hastaneleri yönetmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerden bölgelerde yer alan belediyeler sorumlu durumdadır. Belediyeler hizmetleri organize etme noktasında yüksek bir otonomiye sahiptir (22).

Hekimler belediyeler ile sözleşme yaparak hizmet sunmaktadırlar. Bu özelliği itibari ile, birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük oranda özel bir yapıda olduğu görülmektedir. 2002 yılından itibaren, bireylere bir aile hekimine kayıtlı olma zorunluluğu getirilmiştir. Dolayısı ile birinci basamak, vatandaşlar için ilk başvuru ve sevk noktası konumundadır (23).

Hekimler genellikle kendi namlarına çalışırlar. Bunun yanı sıra, belediye personeli olarak maaşlı çalışan hekimler de mevcuttur. İki veya daha fazla hekim grup halinde çalışıp, hemşire, laboratuvar personeli ve sekreter istihdam ederek hizmet sunabilmektedirler (11).

Ülkenin sağlık sisteminin gelişmiş olması ve aynı zamanda ülkenin genel ekonomik ve sosyal durumunun yüksek olması, doğrudan sağlık çıktılarına yansımıştır (24). Dünya ile kıyaslandığı zaman, daha uzun yaşam ömrüne, daha düşük bebek ve anne ölüm oranlarına sahip olduğu görülmektedir (25).

Danimarka'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Danimarka sağlık sisteminde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimler (GPs) kilit bir role sahiptirler. Ülke sağlık statüsünün yüksek tutulmasında ve sağlık ihtiyaçlarının giderilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri temel hizmetler konumundadır. Toplumda görülen yaşlı nüfus artışı ve kronik hastalıkların yükü de, büyük oranda birinci basamak sağlık hizmetlerine yüklenmektedir (26). Birinci basamak hizmetlerin tamamı kamu finansmanı kapsamında karşılanmaktadır. Sigorta kapsamında Grup 1 ve Grup 2 seçimleri yapılabilmektedir. Grup 1, bir aile hekimine kayıtlı olmayı gerektirmektedir. Grup 2 ise, bireylere aile hekimleri seçiminde özgürlük ve aynı zamanda uzman hekime başvuru hakkı tanımaktadır (11).

Danimarka'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde bağımsız olarak çalışan pratisyen hekimler görev yapmaktadır. Vatandaşlar için bu noktalar birincil başvuru yerleridir. Daha üst basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalar, birinci basamak hekimleri tarafından sevk edilirler. Birinci basamak hizmetleri içerisinde pratisyen hekimler dışında, hemşireler, fizyoterapistler, diş hekimleri de yer almaktadır (27).

2007 yılında yapılan yeni düzenlemeler ile Danimarka sağlık sisteminde belediyelerin konumu güçlendirilmiştir. Belediyeler ile hekimler, hizmetlerin ve hasta akışlarının programlanması, hastaların takip edilmesi ve yönetim süreçlerinde işbirliği yapmaya başlamışlardır (26).

Danimarka'da sağlığı geliştirme hizmetleri de büyük öneme sahiptir. Özellikle kronik hastalıklar arasında yer alan kanser, kardiyovasküler hastalıklar veya obezite gibi rahatsızlıklar ile mücadele noktasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını teşvik etme, kabul görmüş bir faaliyet alanıdır. Bu alanda merkezi hükümet ve parlamento tarafından düzenlemeler geliştirilmiş ve bu alanla mücadele merkezi bir konumdan yürütülmüştür (27).

Yeni Zelanda'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İlçe/Bölge Sağlık Kurulları (District Health Boards), 2000 yılında yapılan düzenleme ile bölgeler bazında toplumun sağlık ihtiyaçlarını değerlendirme, kaynakları yönetme ve hizmet sunumunda tüm sorumluluğa sahip konuma gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri stratejisi içerisinde, toplumun sağlık ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bireylerin bir hekime kayıt olması noktasında, Sağlık Bakanlığı'nın, kurullara destek sunacağı bildirilmektedir (28).

2000 yılındaki düzenleme sonrası birinci basamak sağlık hizmetleri gelişme göstermeye başlamış, 2008 yılında 82 birinci basamak organizasyonuna (Primary Healthcare Organizations-PHOs) ulaşmıştır. Bu organizasyonlarda, hekimler, hemşireler, sağlığı geliştirme çalışanları, diyetisyenler, eczacılar, fizyoterapistler ve ebeler birlikte çalışmaktadırlar. Bu gelişmeler ile, toplumun taşıdığı risklerin tespit edilmesi ve giderilmesi üzerine yoğunlaşılmış aynı zamanda etnik gruplar arasında bir ayrımcılığın mevcut olmaması da amaçlanmıştır (29).

Birinci basamak bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında hizmetler sunulmaktadır. Bu alanda, sektörler arası işbirliği güdülmekte, aşılama, tarama hizmetleri ve bağımlılıkla mücadele çalışmaları yürütülmektedir (30).

Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Osmanlı döneminde sağlık hizmetleri, saray çevresi ve büyük kentlerde yoğunlaşmış, saray halkına, askerlere ve kısmen tüccarlara yönelik olarak gelişim göstermiştir. Osmanlı'nın son dönemlerinde, 19.yy'da devlet eliyle bir takım sağlık hizmeti sunmaya yönelik sinyallerin başladığı görülmektedir. Ancak bu unsurlar, Osmanlı'nın derin bir mali krizde olması ve sonrasında gelen dünya harpleri ile yıkılması ile kurumsal bir yapıya bürünememiştir (31).

Osmanlı İmparatorluğu'nun çöküşü ile birlikte, kurulan yeni Türkiye Cumhuriyeti ilk iş olarak 1920 yılında açılan meclis ile birlikte "Sağlık Bakanlığını" kurmuştur. Bu dönem ile birlikte, sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaya ve düzenlenmeye başlanmıştır. Cumhuriyet döneminin belirleyici sağlık hizmeti özellikleri arasında esasen Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde kurulmuş olan "hükümet tabipliği" sistemi yer almaktadır. Dikey örgütlenme sistemine sahip hükümet tabipliği esas olarak, koruyucu hizmet tabanlı gelişmiş bir birimdir. Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, sağlık sistemini düzenleme çabaları ilk olarak yeterli personel ve tesisi yaratma noktasında belirmiştir. Çünkü savaş sonrası meydana gelen yıkım sonucunda, ülke ciddi bir kaynak yetersizliği çekmektedir. Bu dönem birinci basamak sağlık hizmetleri özelinde incelendiği zaman, bu faktörlerin gelişmiş bir birinci basamak sağlık hizmetini mümkün kılmadığı, ancak ülke olarak bu alanda büyük atılımların gerçekleştirildiği gözlemlenmektedir. Doğum ve bakım evlerinin yapılması, ebe yetiştirilmesi, sıtma, frengi, trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, doktor sayısının arttırılmaya çalışılması başlıca faaliyetler arasında yer almıştır (32).

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde, kilometre taşı niteliğindeki uygulama, 1961 yılında yayınlanan 224 sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi Hakkında Kanun'dur. Bu yasa, ülkede kademeli sağlık sistemi anlayışını yerleştirme çabası gütmesi açısından da önem arz etmektedir. Sistem 'Dar alanda geniş hizmet' prensibi ile koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte sunulması ve kırsalda bile bu hizmetlere kolaylıkla erişimin sağlanması felsefesi üzerine kurulmuştur (33).

Nusret Fişek önderliğinde oluşturulan 224 sayılı kanun, Türkiye'de uzun dönem bilinen ve etkisini göstermiş olan "sağlık ocağı" sisteminin kurulmasını sağlamıştır. Sağlık ocağı, içinde barındırdığı anlayış ve hizmet sistemi ile birinci basamağın kurumsallaşmış ilk uygulaması olarak ifade edilebilir (34).

Planlanan sistemde, temel hizmet birimi sağlık ocağı olarak kabul görmüştür. Sağlık ocağı hastalık anında başvurulacak bir yer olmanın ötesinde, nüfus tabanlı örgütlenmiş olan ve toplumun sağlık statüsünü yükseltme amacı güden bir yapı olarak tanımlanmıştır. Sağlık ocağında temel olarak hekim ve ebe hizmet sunmaktadır. Aynı zamanda sağlık memuru, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoförde, sağlık ocağına tahsisli olarak çalışır. Örgütlenme şeklinde 3-4 köye bir sağlık evi ve 3-4 sağlık evine bir sağlık ocağı olacak şekilde planlama yapılmıştır. Sistem örgütlenmesinin temel işleyişi; sağlık sorununu yerinde gidermek, mümkün değil ise kademeli hizmet ile bir üst sağlık kurumuna göndermektir (35).

224 sayılı kanun, 1980'li yıllara kadar etkisini yoğun hissettirmiş ancak gerekli yatırımlar yapılamamıştır. Sağlık ocakları, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na kadar aktif olarak uygulanmış, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile beraber uygulama alanını buralara devretmiştir (34).

2002 yılında yayınlanan "Sağlıkta Acil Eylem Planı" ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ülke sağlık sisteminde radikal değişiklikler gerçekleştirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri için en büyük değişim aile hekimliği sistemine geçilmesi olmuştur. İlk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlatılan uygulama sonrası, aşamalı olarak tüm illerde aile hekimliği sistemine geçiş gerçekleşmiştir (36). Aile hekimliği uygulamasının yanı sıra "Toplum Sağlığı Merkezleri" (TSM) olarak bilinen yapılar da sistem içinde yerini almaya başlamıştır. Özellikle ana-çocuk sağlığı konusunda, aile hekimliklerine destek sunan TSM'ler, toplumun sağlığını geliştirme noktasında, bulunduğu bölgeler ile koordinasyon görevini üstlenmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Halk Sağlığı Kurumu (HSK) ve taşralarda Halk Sağlığı Müdürlükleri kurulmuştur. Aile sağlığı merkezleri ve TSM'ler Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı olarak hizmet sunmaya başlamıştır (12).

Aile hekimliği sistemine ait bakış açısı, "sağlığın aile ortamıyla birlikte geliştiği ve dolayısıyla bireyin sağlığının, aile sağlığı olarak değerlendirilip, biyolojik, psikolojik ve doğumdan ölüme kadar bütünsel bir çerçevede ele alınması gerekliliği" ile ifade edilmektedir (37). Aile hekimliği sistemin, temel olarak aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarından oluşmaktadır. Bu sistemde vatandaşlar, bir aile hekimine kayıtlı durumdadırlar (12).

25.01.2013 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanmış olan, 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 4. maddesinde aile hekimlerinin görevlerine dair aşağıdaki ifadeler yer almaktadır(38)*;*

1."Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür."
2."Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar."

Geçen bilgiler, aile hekimliğinin misyonuna dair temel noktaları içermektedir. Aile hekimleri, toplumu bir bütün şeklinde değerlendirerek, entegre bir hizmet sunmak ile yükümlü kılınmışlardır (38).

Kişiler aile hekimlerini kendi tercihleri doğrultusunda seçebilmektedirler. Ancak seçilen bir aile hekimini 3 aydan önce değiştirmek mümkün değildir. İkamet değişikliği

durumunda da, bireyler aile hekimlerini değiştirebilmekte, böyle bir talep olmaması durumunda bulundukları bölgelerdeki TSM'ler tarafından bilgilendirilecekleri, ilgili yönetmelikte belirtilmektedir (38).

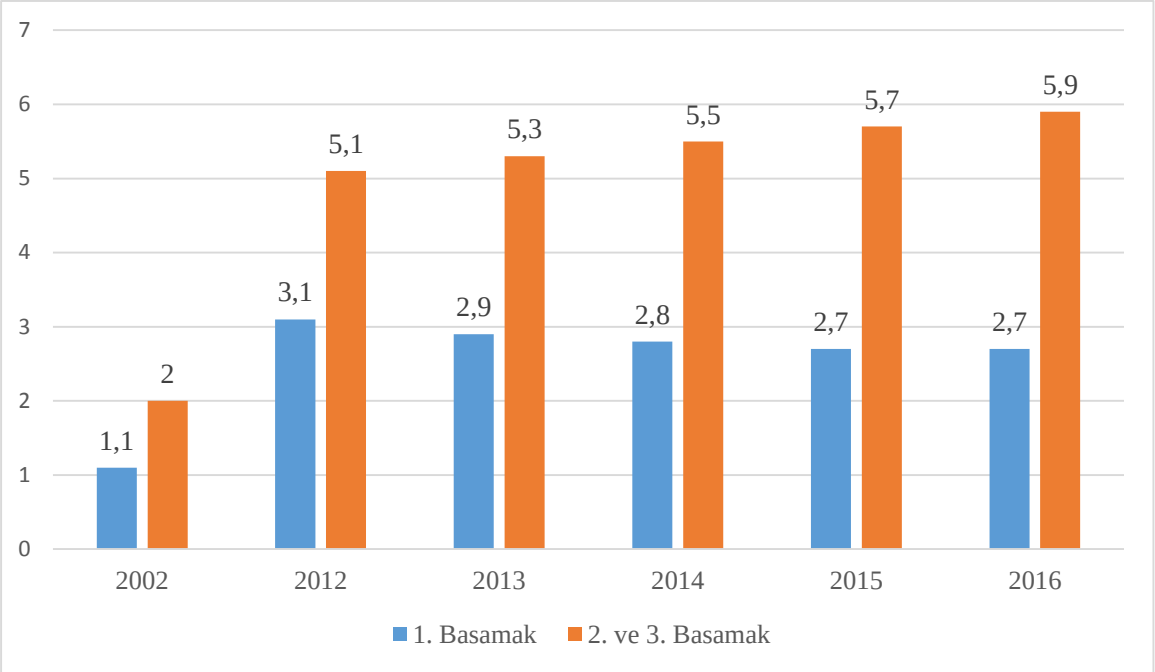
ASM'lerin idari yapıları itibari ile birer işletme olarak hizmet sunmaktadırlar. Finansal ve organizasyonel olarak kendi yönetim alanlarına sahiptirler. Ancak ASM'lerin cari giderleri, Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir (39). ASM hekimleri ve çalışanları, Sağlık Bakanlığına bağlı ilgili kurum, ilgili mülki idare amiri, yerel sağlık idare amirlerinin denetimine tabidirler (38).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nın vermiş olduğu verilere göre, Türkiye'de 2015 yılında 21.619 aile hekimliği birimi, 6.902 aile sağlığı merkezi, 970 toplum sağlığı merkezi ve 5.544 sağlık evi bulunmaktadır. Tablo 3'de sağlık kurumu istatistiklerinin yıllar içindeki seyri verilmiştir (40).

Tablo 3.Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kuruluş Sayıları (40)

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Aile Hekimliği Birimi	20.2016	20.811	21.175	21.384	21.696
Aile Sağlığı Merkezi	6.520	6.660	6.756	6.829	6.902
Toplum Sağlığı Merkezi	957	957	971	970	970
Sağlık Evi	4.344	5.691	5.594	5.572	5.544

Türkiye'de vatandaşların sağlık hizmetlerine müracaat durumları incelendiği zaman, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere olan başvuru sayısının birinci basamağa yapılan başvurulara oranla yüksek seyrettiği görülmektedir. (Şekil 1.)



Şekil 1. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Basamağına Göre Yıllık Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları (41)

Bu durum Türkiye toplumunun özellikle koruyucu hizmetlere ve sağlıklı yaşam davranışı alışkanlıklarına henüz aşina olmadığının göstergelerinden biridir (42). Vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha dar bir hizmet çerçevesinde değerlendiriyor olması da bu durumun nedenlerin biri olabilir. Aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamakta başlayan yoğun uzmanlaşmanın, vatandaşların ilgisini cezbetmesi de nedenlerden biri olarak ifade edilebilir. Bunun yanı sıra, toplumun caydırıcı bir yaptırıma maruz kalmadan, ikinci ve üçüncü basamağa başvurabilmesi de, teşvik edici unsurlar arasında yer almaktadır (34).

Birinci basamağın kapı tutuculuk rolü, ikinci ve üçüncü basamaklardaki gereksiz işlemlerin önüne geçebilmek, gereksiz yatış sürelerini ve ilaç kullanımlarını engelleyebilmek için etkili bir araçtır. Kapsayıcı ve sürekli birinci basamak sağlık hizmetleri aynı zamanda, yoğun tedavi edici hizmetle uğraşmak yerine, hastalıkları kontrol altına almayı ve toplumun katılımı ile hareket etmeyi mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine başvuruların birinci basamakta yoğunlaştırılması ülkeler için, sağlık statüsünü yüksek tutmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamak için oldukça önemlidir (3).

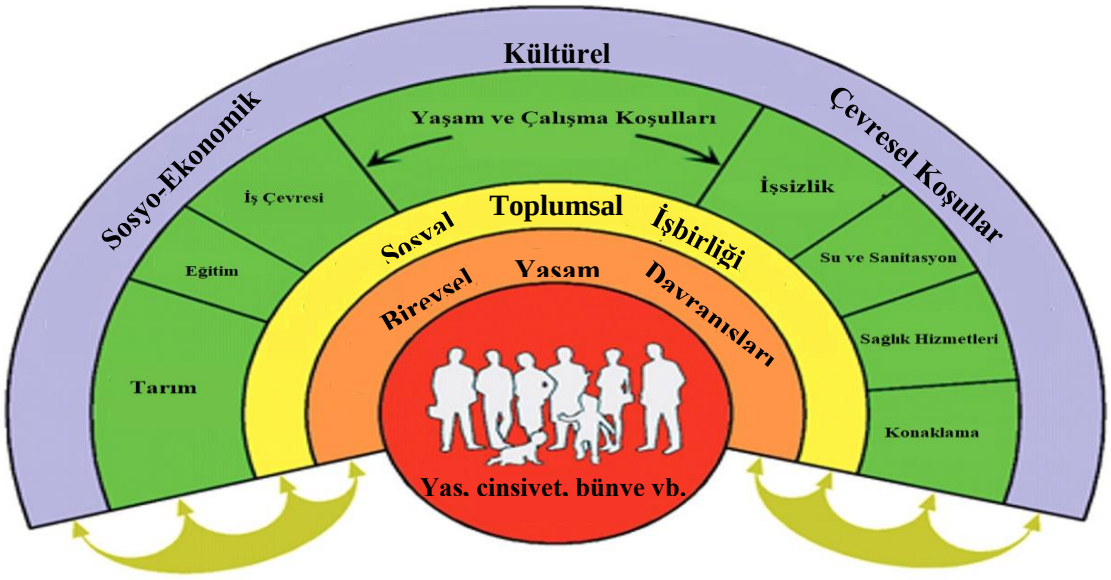
Türkiye'de son dönemde meydana gelen gelişmeler, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme yönünde adımlar atıldığına dair sinyaller vermektedir. ASM'leri daha geniş bir perspektifte hizmet sunacak yeni bir yapı içerisine büründürme süreci, Sağlıklı Hayat Merkezleri'nin (SHM) faaliyete geçmeye başlaması ile vuku bulmuştur. Birkaç aile sağlığı

merkezinin birarada çalışabileceği, modern tasarımlı yeni bir birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesi sunan, SHM'ler gittikçe faaliyet alanı bulmaktadır. SHM'ler temel olarak, aile hekimlerinin yanı sıra, beslenme uzmanlarının, diyetisyenlerin, fizyoterapistlerin de hizmet sunduğu ve röntgen ve ultrason hizmeti de sunacak olan bir yapıda planlanmıştır. Bu geniş yapısı ile SHM'lerin, toplumsal katılım, toplumun daha yakından takip edilmesi ve sağlık statüsünü yükseltecek bilincin verilmesi noktasında, başarılı olması beklenmektedir (43).

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

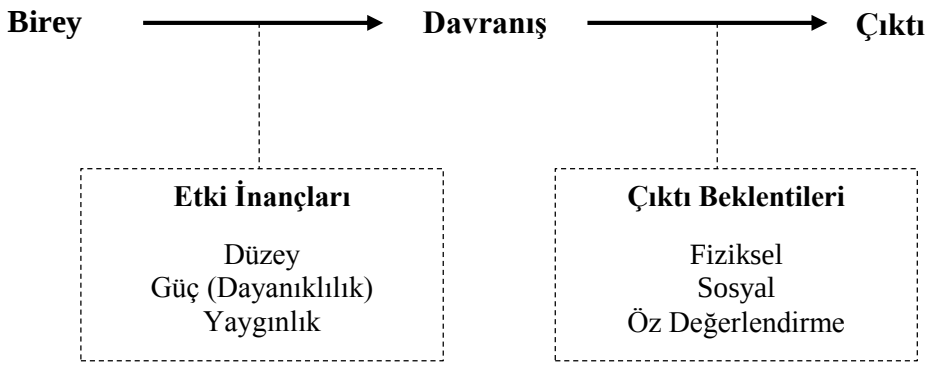
Sağlık kavramı temel olarak iyilik hali kavramı ile doğrudan ilintilidir. İyilik halinin işarette bulunduğu unsur, sağlık statüsü olarak ifade edilebilir. Sağlık statüsü, bir toplumun ve toplumu oluşturan bireylerin mevcut durumda sahip oldukları, sağlık ve hastalık özellikleridir. Sağlık statüsünün net bir şekilde ortaya konulabilmesi için, nüfusun bütüncül bir bakış açısı ile incelenmesi ve doğru göstergelerin kullanılması gerekmektedir. Bu göstergeler sağlık statüsünü göstermenin yanı sıra, toplumun sağlık ihtiyaçlarının tespiti için de büyük önem arz etmektedir (44).

Günümüzde sağlık statüsünün yüksek tutulmasında tek başına sağlık hizmetlerinin yeterli olamayacağı, hatta sağlık hizmetlerinin birçok diğer faktörden daha düşük bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bu noktada "sağlık statüsünün belirleyicileri" olarak ifade edilebilecek unsurların, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, "davranış", "çevre", "kalıtsal faktörler", "ekonomik yaşam" "kültürel unsurlar", "demografi/nüfus" gibi bileşenleri de içerdiği bilinmektedir (45).



Şekil 2. Sağlığın Belirleyicileri (46).

Sosyal Bilişsel Teori (Social Cognitive Theory) olarak bilinen yaklaşım insan davranışlarının sosyal çevre tarafından da şekillendiği fikrine dayanmaktadır. Bu teoriye göre davranışlar, bireylerin öz etki yeterlilikleri (self efficacy beliefs) ve davranış sonucundan beklenen muhtemel etkiler etrafında şekillenmektedir. Öz etkililik, karşılaşılabilecek zorlayıcı durumlarda üstesinden gelebilmeye yönelik bir algıyı ifade eder. Bireylerin öz yeterliliklerine yönelik algıları daha önce yaşamış oldukları tecrübelerinin yanı sıra, toplum tarafından yöneltilen bir sosyal ikna (social persuasion) ile de gerçekleşebilmektedir. Bu noktada çevre ve toplumdan edinilmiş gözlemler sonucu, sosyal ve bilişsel bir öğrenme sürecinin yaşandığı ifade edilebilir. Aynı zamanda davranışın sonucuna yönelik edinilmiş, fiziki, sosyal ve öz değerlendirmeye yönelik beklentiler de davranışın edinilmesini veya terk edilmesinin belirleyicileri arasında yer alır. Bireyin davranışın sonucunda kendini değerlendirmesi ile davranıştan beklediği unsuru bulamaması, davranışı terk etmesine, aksi davranışı benimsemesine sebep olur (47).(Şekil 2).



Şekil 3. Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi. (47)

Bu teori sağlıklı yaşam biçimi davranışları bakımından etkili bir bakış açısı sunmaktadır. Örneğin sigara kullanımına veya kullanımın terk edilmesine yönelik bir karar esasında, bireyin kendi öz etki alanı ve muhtemel sonuçlar üzerine yaptığı bir değerlendirme sonucunda ortaya çıkar. Birey ihtiyacın düzeyi, kendi dayanıklılığı çerçevesinde, sigaranın kendisi için iyi olup olmadığını (muhtemel hastalıklar, yaşam kalitesine etkisi vb.) değerlendirirken bir taraftan da, toplumun bu davranışa yönelik tepkilerini tartar. Kendi öz etkililiğini baskın getirmeyi başarırsa, sigaranın muhtemel kötü etkilerini değerlendirip, terk etme veya başlamama yönünde bir karara varabilir (42).

Sosyal bilişsel öğrenme teorisi baz alınarak gerçekleştirilmiş bir çalışmada, gençlik dönemlerinde olan insanların sigara içme alışkanlıklarını, çevrelerinden örnek olarak gördükleri veya etkilendikleri kişilerden edindikleri tespit edilmiştir (48).

Bu teori doğrultusunda bir perspektif yaratıldığı zaman, bireylerin yaşam içerisinde göstermiş olduğu davranışlar, kimi zaman potansiyel bir sağlık hizmeti ihtiyacını ortadan kaldırabilirken, kimi zaman bireyin sağlık hizmetini yoğun şekilde kullanma ihtiyacı oluşmasına sebep olabilmektedir. Sağlık hizmeti mevcut hastalık durumunu ortadan kaldırırken veya potansiyel bir sağlık tehlikesini engelleyebilirken, sağlık hizmetlerinin hedefi ve öznesi olan bireylerin, iyilik halini devamlı kılabilmek için bu yönde alışkanlık geliştirmeleri gerekmektedir. Dolayısı ile bireylerin davranış alışkanlıkları sağlıklı yaşam bilincine doğru gelişmedikçe, verilen sağlık hizmetlerinin de göstermesi beklenen performansa ulaşamaması imkân dâhilindedir. Bu durum kültürel özellikler bazında incelendiği zamanda gözlemlenebilmektedir. Bireylerin dini inançları, gelenek ve görenekleri doğrultusunda edindikleri birtakım alışkanlıkları yıkmak pek mümkün olmamaktadır. Özellikle ailevi ilişkilerden ve gelenek göreneklerden kaynaklı olarak, sağlık hizmetinin yeter seviyede olmasına rağmen, beklenen çıktı elde edilememektedir.

Bireylerin sağlık hizmeti sunucularına olan güveni ve bağlılığı tedavi ve esasen koruma hizmeti için hayati öneme sahiptir. Bireyler kimi zaman, sosyal ilişkilerinden kaynaklı olarak formal sağlık hizmeti kullanmak yerine, kendi yaşamları içinde güvendikleri, bağlılık duydukları diğer bireylerin tavsiye ve yönlendirmelerine daha fazla bağlı kalabilmektedirler. Bu durum sağlık hizmetleri içerisinde, "folk sektör", "popüler sektör" ve "formal/profesyonel sektör" kavramlarının doğmasına sebep olmuştur. Popüler sektör, bireyin sağlık ihtiyacı noktasında, yaş ve tecrübe itibari ile güvendiği ve genellikle yakın çevresinden (akraba, komşu) oluşan kişilere danışma yoluyla ihtiyacını gidermeye çalıştığı sektördür. Folk sektör, özellikle bizim toplumumuzda kırıkçı/çıkıkçı olarak bilinen, geleneksel iyileştiricilerden oluşmaktadır. Formal sektör ise, kendi içinde sistemli ve bilimsel bir yapıya sahip, ilgili etik ve yasal kuralları gelişmiş olan profesyonel kişiler tarafından hizmet sunulmasıdır (49). Güney Afrika'da AIDS ile mücadele noktasında, profesyonel sektörün topluma nüfuz edemediğini gözlemleyen DSÖ, popüler ve folk sektörden yararlanmak zorunda kalmıştır. Toplum kültürel özellikleri ve inançları sebebi ile, profesyonel hekimlere güvenmek yerine, kanaat önderlerine ve tecrübeli üyelere güvendiği için, DSÖ bu önderlere yönelik eğitim programları düzenlemiş ve toplumun farkındalık düzeyini arttırmaya çalışmıştır (50).

Sağlık statüsü, ülkelerin ekonomik göstergeleri ile doğrudan bağlantılıdır. Gelir durumu bireylerin yaşam standartlarının önemli belirleyicilerinden biri olması sebebi ile, gelir gruplarına göre toplumun farklı sağlık göstergelerine sahip olduğu gözlenebilmektedir. Ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde, beklenen yaşam sürelerinin daha yüksek, ölüm oranlarının

daha düşük olduğu görülmektedir. Aynı zamanda ekonomik olarak güçlü olan devletlerin, eğitim düzeyi olarak daha iyi göstergelere sahip olduğu da göz önündedir. Dolayısı ile eğitim durumunun da, sağlık statüsünün şekillenmesinde, özellikle bireylerin davranışlarını düzenleme noktasında yüksek etkilere sahip olduğu ifade edilebilir (44).

Tablo 4. Ülkelere Dair Ekonomik ve Sağlık Göstergeler, 2015 (25, 51)

	Kişi Başı GSMH (ABD Doları)	**Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları, SGP)**	**Doğumda Beklenen Yaşam**	**Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)**
ABD	56.420	9507,2	78.8	5.9*
Birleşik Krallık	42.137	4125,3	81	3.9
Almanya	48.170	5352,6	80.7	3.3
Fransa	41.199	4529,6	82.4	3.7
Norveç	62.038	6190,1	82.4	2.3
Türkiye	24.324	966,6	78	10.7

***2014 verisidir.**

****2013 verisidir.**

Tablo 4'de görüldüğü üzere, ülkelerin sağlık statülerini belirleyen tek unsur, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak değildir. Özellikle en yüksek kişi başı GSMH'ye ve sağlık harcamasına sahip olan ABD'nin sağlık göstergeleri açısından, diğer ülkelere nazaran daha kötü bir konumda oluğu görülebilmektedir. Bu noktada, sosyal yaşantının getirmiş olduğu bir takım özelliklerin belirleyici olduğu ifade edilebilir.

Sağlığın bu içerdiği farklı boyutlar, dönemler içerisinde, sağlık ve hastalık açısından farklı anlayışların doğmasına sebep olmuştur. Bu unsurlar, tarihsel gelişim içinde aşama aşama fark edilmeye başlanmıştır. Özellikle hekimliğin ilkel dönemi olarak kabul edilen zamanlarda, hem bilimsel bakış açısının hem de yeterli teknolojik düzeyin var olmamasından kaynaklı olarak, her semptomun bir hastalık olarak kabul edildiği görülmektedir. Bu zamanda bireylerin

kişisel özelliklerinin hiçbir önemi yoktur. Tek uğraş, ilgili semptomu ve şikayeti ortadan kaldırıp, ağrıyı dindirme yönünde olmuştur. İlerleyen zamanlarda özellikle Louis Pasteur'un mikrobiyoloji alandaki çalışmaları ile, her hastalığın altında bir mikroorganizmanın var olduğu inancı kabul görmeye başlamıştır. Bu dönemden sonra, her mikroorganizmanın hasta ettiği her bireyde aynı şiddette bir rahatsızlığa sebep olmadığı fark edilince, bireylerin kendi direnç ve özelliklerinin olduğu kabul görmeye başlamıştır. Bu dönemde artık "hastalık yoktur, hasta vardır" anlayışı vukuu bulmuştur. Bu gelişme sürecinin son aşaması "halk sağlığı anlayışı" olarak bilinen, sağlık hizmetlerinin bireyler ile birlikte gerçekleştirilmesi, hizmetlerin klinik boyuttan biraz daha toplum içerisine entegre edilmesi anlayışıdır. Sağlığın geliştirilmesi fikri, halk sağlığı anlayışının gelişmesi ile birlikte benimsenen ana prensip haline gelmiştir (52).

Hekimlik uygulamalarının ve sağlık hizmetlerinin toplum içine yayılması ilkesi olarak ifade edilen halk sağlığı anlayışı, gerekli durumlar için tedavi edici hizmetleri tahsis etmesi, bunun yanında topluma da bir sorumluluk anlayışı yüklemesi sebebi ile bütüncül bir yaklaşım geliştirmiş ve sağlığın geliştirilmesi alanına büyük katkılar sunmuştur (52,53).

Sağlığı geliştirme anlayışı, toplumdaki bireylerin kendi sağlıklarına yönelik sorumluluk anlayışlarını geliştirmek ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmek üzerine kurulmuştur(54). Sorumluluk anlayışının gelişmesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri etkin bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda, tüm nüfusun sağlık ihtiyaçları ve göstergeleri bakımından etkin olarak takip edilmesi, bu anlayışın gelişme sürecine yönelik bir kontrol mekanizması da sağlamaktadır. Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak yolu ile toplumu hastalıklardan korumaya yönelik hizmetler sunan birinci basamak sağlık hizmetleri, bu yönü ile sağlığı geliştirme anlayışında rol alan temel hizmet birimlerini oluşturmaktadır

Sağlığı geliştirme kavramı, insanların kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek üzere, kendi kontrol alanlarını arttırma çabaları olarak ifade edilebilir. Sağlığı geliştirme ilkesi ve anlayışı artık yalnızca sağlık hizmetlerine bağlı olmanın ötesine geçip, sağlıklı yaşam biçimleri geliştirmeyi ve benimsemeyi ana aktörler olarak kabul etmektedir (55). Sağlığı geliştirme bir anlayış ve felsefe olmasının yanı sıra, aynı zamanda bilimsel ve örgütlü bir çabadır. Bu örgütlü çaba, toplumsal mobilizasyon, organizasyon, katılım ve güçlendirme ile birlikte, politika geliştirme, lobicilik, koalisyon inşa etme gibi faaliyetleri içermektedir. Sağlığı geliştirmenin anlayıştan öteye gitmesinde, davranış biçimlerini değerlendirmesi ve toplumsal baskı oluşturması rol oynamaktadır. Bu toplumsal baskı, sigorta primlerinin belirlenmesinde (örneğin sigara içenlerin daha fazla prim ödemesi), sağlık politikalarının şekillenmesinde ve hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kendini göstermektedir (56).

Sağlığı geliştirme hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerin kendisindedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, fiziki sağlık durumu ve yaşam standartlarının yükseltilmesi ile ilgilidir. Dolayısı ile bu hizmetlerdeki temel uygulama alanı, bireylerin kendi yaşam biçimlerini geliştirmek sureti ile sağlık statülerini yükseltme yönünde çaba göstermeleridir (45). Ancak, sağlığı geliştirme uygulamaları içinde birtakım etki alanlarının bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu alanlar, ilgili toplumun temsilcileri, işverenler/işletme sahipleri, politika yapıcılar, kaynak sağlayıcılar, eğitim ve sosyal hizmet sektörü olarak ifade edilebilir (56). Sağlığı geliştirme programlarının temel yeterliliklerinin sağlanabilmesi için aşağıdaki unsurların varlığı gerekmektedir (54, 56);

1. Yönetim ve değerlendirme; insan kaynağı, madde-malzeme ve bütçe planlama ve sonuç değerlendirme sistemleri
2. Etkili iletişim stratejileri; toplumun bilgi ve ilgi düzeyini arttırmaya yönelik iletişim kanallarının planlanması
3. Becerileri arttırmak üzere eğitim ve mentorlük hizmetlerinin sağlanması
4. Araştırma becerileri; kalitatif, kantitatif istatistik ve sistematik tarama yöntemlerinin etkin kullanımı
5. Toplum kapasitesini geliştirme, bireylerin ve grupların güçlendirilmesi, sorumluluk sahibi olmaları
6. Politika ve uygulamaları etkileyebilme, toplum temsicilerinin/birliklerinin politika ve uygulamaların şekillenmesinde rol oynamasını mümkün kılmak.

Sağlığı geliştirmeye yönelik programlar sağlığın belirleyici unsurları ve sağlık eşitsizlikleri üzerine, etkili sağlık hizmeti, eğitim ve toplum örgütlenmesi yaratmak üzerine kuruludur. Bu süreç içerisinde politika geliştirme, eğitim planlama, sosyal pazarlama faaliyetleri, araştırma ve değerlendirme adımları yer alır. Sağlığı geliştirme programlarının nihai amaçları ise, sağlık için destekleyici bir çevre yaratma, sağlık eşitsizliklerini minimize etme, hastalıkları önleme, sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürme ve toplumun sağlık statüsünü yüksek tutma alanında yetkinlik kazanmasını sağlamaktır (57).

DSÖ'ye göre sağlık için zorunlu kaynaklar ve koşullar arasında; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir (para), dengeli ekosistem, sürdürülebilir kaynak tüketimi ve sosyal adalet yer almaktadır. Bu durum toplumun sağlık alanında daha fazla sorumluluk alarak, hem çevresini, hem ekonomiyi korumasına işaret etmektedir (58).

DSÖ, sağlığı geliştirmeye yönelik üç temel uygulama ve öncelik alanından bahsetmektedir. Bunlar; iyi yönetim (good governance), sağlıklı şehirler (healthy cities), sağlık okuryazarlığıdır (health literacy) (58).



Şekil 4. Sağlığı Geliştirme Uygulama Alanları (58)

DSÖ'nün bu alanda işaret etmiş olduğu, sağlıklı şehirler, sağlığın belirleyicilerine yönelik açık bir atıftır. DSÖ'ye göre şehirleşme ile birlikte, toplulukların yaşam davranışları ve ekonomik statüleri de değişiklik göstermeye başlamıştır. Şehirde yaşamın özellikle eğitim ve ekonomik yaşam alanında olumlu katkıları olduğu ifade edilmektedir. Ancak şehirlerde sağlık hizmetine finansal ve fiziki olarak ulaşım noktasında tam bir eşitliğin sağlanamadığı açıktır. Aynı zamanda şehirleşme ile birlikte, çevrede meydana gelen değişiklikler, toplumun sağlık statüsünü olumsuz yönde etkileyebilmektedir. DSÖ'ye göre, şehirlerin multidisipliner bir anlayış ile düzenlenmesi, toplumun sağlığını geliştirme konusunda kilit bir role sahiptir. (59). İyi yönetimle ifade edilmek istenen unsurun, sağlık hizmetlerinin fiziki ve mali olarak ulaşılabilir olması ve beklenen etkileri yaratacak kalitede sunulmasının olduğu görülmektedir. Bu alanda, sağlık finansman ve sunum sistemini şekillendiren tepe yönetim olan politika yapıcıların etkisi oldukça önemlidir. Sağlık politikalarının toplumun ihtiyaçlar doğrultusunda ve kaynakların etkin kullanımını mümkün kılacak bir yapıda tasarlanması hükümetlerin, sağlık hizmet sunucularının ve toplum temsilcilerinin görev alanı içerisinde yer alır (60).

Bir diğer sağlığı geliştirme uygulama alanı olan, sağlık okuryazarlığı DSÖ tarafından sağlığın ana belirleyicileri arasında gösterilmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendi sağlık statülerini daha doğru bir şekilde değerlendirip, doğru adımlar atmalarını mümkün kılan bir yetkinlik alanıdır. DSÖ, bu yetkinliğin, bireyin sağlık statüsünü yüksek tutmasında, gelir, çalışma durumu, eğitim ve etnik öğelerden daha büyük bir etkiye sahip olduğunu ifade etmektedir (61).

Daha önce ifade edildiği üzere sağlığın geliştirilmesi, halk sağlığı anlayışının benimsenmesi ile birlikte önem kazanmaya başlamıştır. Bu gelişim sürecinde özellikle Alma Ata Bildirgesi sonrası, sağlığın geliştirilmesi ile doğrudan ilgili, Temel Sağlık Hizmetleri(TSH) kavramı doğmuştur. TSH'nin anlayışı aşağıdaki unsurlardan oluşmaktadır (62) ;

1.İlk başvuru hizmeti olması
2.Toplumsal katılımın sağlanması
3.Ulaşılabilir olması (finansal ve fiziki bakımdan)
4.İnsanların kendi sağlığından sorumlu olması
5.Entegre olması (koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler)
6.Multidisipliner olması
7.Bilimsel ve sürekli olması

TSH bireysel sorumluluğu ön planda tutma amacı gütmektedir. Dolayısı ile bu mantık içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum için ilk başvuru noktasıdır Koruyucu temelli anlayışa sahip olan ancak aynı zamanda entegre hizmet sunan birinci basamak sağlık hizmetleri, TSH ve sağlığın geliştirilmesi için büyük bir öneme sahiptir. Çok fazla tedavi edici sağlık hizmeti sunarak maliyetleri yükseltmek yerine, toplumun hastalıklardan korunmasını sağlamak ve sorumluluk anlayışlarını geliştirmek benimsenen ana prensiptir. (63). Dikkatli incelendiğinde TSH'nin, DSÖ tarafından önerilmiş olan sağlığı geliştirme ilkeleri ile tutarlı ve aynı doğrultuda olduğu görülmektedir. Yaşam davranışlarının düzenlenmesi ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesi (sağlıklı şehirler, iyi çalışma koşulları vb.), bireylerin daha az sağlık hizmetine ihtiyaç duymasını sağlamakta ve toplumun sağlık statüsünü doğrudan yükseltmektedir (56,63).

Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Toplantılar ve Aşamalar

Sağlık hizmetlerinde TSH kavramının doğuşunu sağlayan ve özellikle halk sağlığı anlayışını modern bir boyuta çeken Alma-Ata Bildirgesi büyük bir öneme sahiptir. Alma Ata bildirgesinde vatandaşların sağlıklarının korunmasında hükümetlerin birinci derecede sorumlu olması gerektiği fikri savunulmuştur. Ayrıca bildirgede hükümetlerin bu sorumluluğu, uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin alınması suretiyle gerçekleştirmeleri gerektiği ifade edilmektedir (55).

Alma Ata bildirgesine göre TSH, mevcut sağlık sorunlarını tespit edebilen, bu sorunları kontrol altına alma ve önleme yeteneği olan, uygun beslenme, su temini süreçlerine entegre olan, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri sunan, bağışıklık sağlama, salgın hastalıklardan koruma sağlama ve genel hastalık ve yaralanmaları tedavi etme özelliği taşıyan hizmetler olarak ifade edilmiştir.

Alma Ata bildirgesi temel sağlık hizmetleri için birtakım ilkeler yayınlamıştır;

1. Toplumsal eşitlik; sağlık hizmetlerinin bir temel insan hakkı olduğu savunulmuştur
2. Çevre ile bütünlük; kişilerin çevreleri ile bir bütün olduğu, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin bütüncül bir bakış açısı ile sunulması gerektiği ifade edilmiştir
3. Hizmetin boyutu; sağlık statüsünün yalnızca sağlık hizmeti ile sağlanamayacağı, eğitim, ulaşım, gıda, sanayi gibi sektörlerin hizmetlerde rol alması gerektiği ifade edilmiştir.
4. Koruma önceliği; hastalıkların oluşmasını engellemenin maliyet etkin olduğu ve daha akılcı olduğu ifade edilmiştir.
5. Önemli hastalıklara öncelik verilmesi; kaynakların akılcı kullanılabilmesi için, sık görülen hastalıkların öncelik alanına alınması gerektiği savunulmuştur.
6. Öz sorumluluk; bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluk almaları gerektiği ifade edilmiştir.
7. Halkın katılımı; toplumun sağlık hizmetinin her aşamasında rol alması gerektiği ifade edilmiştir.
8. Entegre hizmet; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bütün olarak sunulması gerektiği ifade edilmiştir (55,64).

Sağlığın geliştirilmesi konsepti ile kurgulanan ilk uluslararası toplantı ve sözleşme Ottowa Sözleşmesi olarak bilinmektedir. 1986 yılında Ottowa kentinde gerçekleştirilen Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (The First Conference on Health Promotion), 2000 yılına kadar ulaşılması gereken hedeflere yönelik bir sözleşme ortaya koymuştur. Ottowa Sözleşmesine göre, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tüm sektör ve düzeylerde politika yapıcıların gündeminde yer alması gerekmektedir. Özellikle toplumun sorumluluk bilincini tetiklemek sureti ile toplumsal eylemi gerçekleştirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve geleceğe yönelik hareket etmek üzerine durulan ana unsurlar olmuştur (65). Bu unsurların sağlanabilmesi için gerekli temel koşullar; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko sistem, sürdürülebilir kaynaklar ve sosyal adalet sıralanmaktadır**.** Ottowa Şartı olarak da bilinen bu sözleşme, sağlığı geliştirme faaliyetinin amacını, sağlığı destekleyerek politik, ekonomik, çevresel, biyolojik ve davranışsal faktörlerin sağlığa yarar sunacak şekilde organize edilmesi şeklinde ifade etmektedir. Bu durum sağlık statüsünün şekillenmesinde, sağlık sektörü kadar diğer alanların da rolü olduğuna işaret etmektedir (66).

Ottowa'da gerçekleşen toplantı ve sözleşmeden iki yıl sonra 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide şehrinde 2. Sağlığı Geliştirme Konferansı (Second Conference on Health Promotion) gerçekleştirilmiştir. Önceki toplantılarda olduğu gibi uluslararası bir toplantı olması, dünya çapında etkileri olmasını sağlamıştır. Bu toplantı, ülkelere tavsiye niteliği taşıyan bir takım uygulamalar ve bakış açıları getirmiştir. Adelaide tavsiyeleri öncelikli olarak "Sağlıklı Halk Politikası" üzerine kurulmuştur (55). Sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi ve kadın sağlığı, gıda ve beslenme, tütün-alkol kullanımı alanında öneriler geliştirilmiştir. Bu alanda güçlü bir uluslararası işbirliğinin olması gerektiği ifade edilmiştir. Özellikle tütün ve alkol kullanımının ivedilik ile müdahale gerektiren alanlar olduğuna dikkat çekmiştir. Toplantıda, yaşamı oluşturan kıt kaynakların, kadın ve erkeğin karmaşık yapısından oluşan insanoğluna hizmet edebilmesi için, küresel, bölgesel ve yerel işbirlikleri ve destek kuruluşları ile desteklenerek sağlanması vurgulanmıştır. Bunun için hükümetlerin taahhüdü büyük önem arz etmektedir (66).

1991 yılında gerçekleştirilen 3. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Third International Conference on Health Promotion), sağlığı geliştirme alanında önemli bir kilometre taşıdır. İsveç'de gerçekleşen ve Sundsvall olarak bilinen bu konferans geniş katılımı dolayısı ile büyük etkiler yaratmıştır. Konferansın ana teması, sağlık statüsünü yükseltmek için çevre koşullarının düzenlenmesi ve sağlığı destekleyici bir konuma getirilmesi olmuştur. Konferans öncelikle dünyada birçok insanın yoksulluktan ve kötü çevre şartlarından

etkilendiğini ve sağlık hizmetine ulaşmada eşitsizliklerin varolduğunu belirtmiştir. Politik, ekonomik, sosyal ve fiziki çevrenin sağlığı destekler bir konumda yer alması için uluslararası bir harekete geçme çağrısı (a call for action) yayınlamıştır. Konferans çalışması sürecinde sağlığın, sosyal, politik ve ekonomik boyutları incelenmiştir. Toplumların kültürleri, sosyal süreçleri, hükümetlerin etkililiği, politik mekanizmaların işleyişleri, ekonomik açıdan sürdürülebilirlik ve ülkelerin kaynak durumları ve aynı zamanda toplumsal cinsiyet kavramları üzerine çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucu aksiyon alınması için bazı öneriler belirtilmiştir (67);

1. Eşitliğin birincil değer olması gereği; kaynak dağılımında ve politika belirleme süreçlerinde şeffaf olunması, ihtiyaç alanlarının iyi tespit edilmesi ve kaynak tahsisinin öncelik alanlara iyi dağıtılması büyük öneme haizdir.
2. Sağlıkla ilgili toplumsal bir harekete geçme mecburiyeti; toplumu oluşturan bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili farkındalığa sahip olmaları ve sürdürülebilir gelişme yolunda atılan adımlara katılmaları gerekmektedir. Bunun için, toplumda yer alan bireylerin güçlü sosyal birlikler yaratmaları önemlidir. Özellikle azınlık durumunda kalan bireyler veya engelliler gibi grupların temsiliyet gücünü arttırmak ve kaynakları adil dağıtmak bu alan için büyük öneme sahiptir.

Endozyanın Jakarta şehrinde, 1997 yılında 4. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı (The Fourth International Conference on Health Promotion) gerçekleştirilmiştir. Jakarta'da gerçekleştirilen konferans, gelişmekte olan bir ülkede gerçekleştirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanına özel sektörün de dahil edilmesi bakımından ilk konferans özelliği arz etmektedir. Dördüncü olması dolayısı ile, 1986 yılında ilk olarak Ottowa'da gerçekleştirilmiş olan konferanslar zincirinin, diğer konferanslarda benimsenen fikirleri tekrar onaylamasının yanı sıra, sağlığın geliştirilmesine yeni soluklar da getirmiştir. Bu konferansta da, sağlık statüsünü şekillendiren faktörlerin birbirleri ile olan bağları ve bütüncül bakılması gereği tekrar ifade edilmiş, yoksulluğun hala dünyada en önemli sorun olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, küresel bütünleşmenin sağlık üzerinde büyük etkilerinin olduğu ifade edilmiştir. Küresel ekonomi, piyasalar, ticaret, iletişim ve medya araçlarına ulaşımın daha aktif ve kolay olmasının, sağlığı geliştirme alanında kolaylıklar sağlayacağını, ülkelerin piyasalar ile entegre olması sonucu refah düzeylerinin yükseleceği ifade edilmiştir (68).

2000 yılında Mexico City'de gerçekleşen ve bir aksiyon toplantısı niteliği taşıyan küresel toplantıda, aşağıda belirtilen eylem alanlarının, katılımcı ülkeler tarafından (Türkiye dahil) gerçekleştirileceği taahhüt edilmiştir;

1. Yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası alanda, politika ve programlarda sağlığın teşvikinin bir temel öncelik alanı olarak konumlandırılması
2. Sağlığın teşvikini sağlama noktasında sivil toplumun ve tüm sektörlerin işbirliği ile çalışılması
3. Sağlık önceliklerinin belirlenmesi ve bu alanlara yönelik kaynak tahsisinin/programların yapılması
4. Sağlığı geliştirme ve teşviki için uluslararası ağlar meydana getirilmesi (55)

2005 yılında Bangkok'ta 6. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (The 6th Global Conference on Health Promotion) toplanmıştır. Bangkok konferansı, toplumu güçlendirme, sağlık eşitsizliklerini gidermek ve sağlığı geliştirmeye yönelik, planlar ve faaliyetleri belirlemek amacı ile toplanmıştır. Bu alan içi alınacak aksiyonlar; (69).

1. Toplumsal dayanışmayı tahsis etmek
2. Sağlığın geliştirilmesine yönelik politikaların etki yapılabilmesi için, gerekli bilgi ve altyapı üretimine yönelik yatırımlar yapmak ve kapasite geliştirmek
3. Sağlığın belirleyicileri doğrultusunda entegre politikalar geliştirmek
4. Sağlıkta eşitliği sağlamak üzere yasal zemin hazırlamak
5. Kamu ve özel sektörün, sağlığı geliştirmeye yönelik işbirliği yapmasını ve birbirlerinin avantajlı yanlarından faydalanmalarını sağlamak

Bu gelişmelerden sonra, 2009 yılından Nairobi'de, 2013 yılında Helsinki'de ve 2016 yılında Çin'de de uluslararası sağlığı geliştirme konferansları toplanmıştır. Nairobi konferansı, sağlığı geliştirme ilkelerinin benimsenmesi noktasında tüm ülkelere yapılan aksiyon çağrısını yenilemektedir. Finlandiya'nın Helsinki şehrinde gerçekleşen 8. Konferans, "Tüm Politikalarda Sağlık" (Health in All Policies) teması ile toplanmış ve sağlık alanında ihtiyaç duyulan sektörlerarası çalışma anlayışının üzerinde durmuştur. 2016 yılının Kasım ayında Çin'de gerçekleşmiş olan 9. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, "Sağlıklı Şehirler" temasını taşımaktadır. Bu konferans özellikle, yerel yönetimlerin sağlık alanındaki sorumluluklarının

üzerinde durmuştur. Güvenli yollar, yeterli altyapı, su temini gibi konuların sağlık ile olan ilgisi ve bu alandaki önemi tartışılmıştır (70,71).

Avrupa ülkelerinin bir çoğunda sağlığı geliştirmeye yönelik bir ulusal programın olduğu görülmektedir. İngiltere'de Public Health England ve NHS, Norveç'te Ulusal Sağlık Stratejisi (National Health Strategy), İtalya'da NHS ve Almanya'da Ulusal Sağlık Hedefleri Süreci (National Health Target Process) bu alanda etkin olan organizasyonlardandır (72).

İngiltere'de NHS, Komisyon Kurullarını sağlıkta eşitsizlikleri gidermek ve sağlığı geliştirmek üzere birinci dereceden sorumlu tutmuştur. Bu doğrultuda özellikle çocuk ve genç nüfusa yönelik sağlığı geliştirme programlarının geliştirildiği görülmektedir. Aktif yaşam davranışları, duygusal iyilik ve sağlıklı beslenme noktasında, aileler ile birlikte çalışmalar yürütülmektedir (73). Aynı zamanda Sağlığı Geliştiren Hastaneler (Health Promoting Hospitals) kavramı da İngiltere'de yer edinmiş bulunmaktadır. Bu program, sağlığı geliştirme anlayışını hastanelere de entegre etmek adına network oluşturmak ve toplumsal destek ile birlikte eşitsizlikleri en aza indirip, bireylerin toplulukları ile beraber daha etkin olmasını amaçlamaktadır (74). Bunun yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıkların engellenmesi ve doğru bir cinsel yaşamın topluma kazandırılabilmesi adına, sağlığı geliştirme programlarının da varlığı göze çarpmaktadır. Bu programlar temel olarak eğitim yolu ile erken yaşlardan itibaren doğru davranışları öğretmek ve sağlık hizmetleri aracılığı ile muhtemel hastalıkları önceden tespit etmek üzerine kuruludur (75).

Almanya'da sağlığı geliştirme hizmetleri halk sağlığının en önemli unsuru olarak ifade edilmektedir. Almanya sağlık politikalarının medikal bakımdan sağlığı geliştirme yönünde değişim gösterdiği görülmektedir. Toplumun sağlık hizmetlerinde daha etkin rol almalarını sağlamak üzere sağlık okuryazarlığını geliştirme ve yönetim süreçlerine katılım yönünde adımlar atılmaktadır (76). Sağlığı geliştirme hizmetleri ulusal hastalık fonu kapsamında karşılanmaktadır. Bulaşıcı hastalıklara yönelik birincil koruma hizmeti önem verilen alanların başında gelmektedir (77).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC), sağlığı geliştirme noktasında etkin rol alan kuruluşlardandır. 2000 yılında yayınlanan Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Hastalık Kontrol Hedeflerin'de, fiziksel aktivite, beslenme, alkol ve tütün kullanımı, aile planlaması, akıl sağlığı, iş sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve kronik hastalıklar öncelikli alanlar arasında sayılmıştır (78). Bu noktada MCO's, Medicare ve Medicaid önemli bir yere sahiptir. MCO's, entegre bir hizmet

yapısı sunması ve finansal baskılar yolu ile toplumu sağlıklı davranışlar göstermeye zorlaması yönüyle ABD'de kullanılan en etkili yöntemlerdendir (79).

Sağlığı geliştirme anlayışı bireyi odağa alarak, tüm toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi amaçlamaktadır. Dolayısı ile bireylerde farkındalık oluşturabilmek ve ilgiyi cezbedebilmek için sağlık hizmetleri pazarlaması önemli bir enstrüman olarak belirmektedir.

SOSYAL PAZARLAMA VE MÜŞTERİ ALGISININ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ HİZMETLERİNE ETKİSİ

Sağlık hizmetleri tüm dünyada yapısal değişimler geçirmektedir. Ülkeler sağlık hizmetlerini halk sağlığı anlayışı içerisinde, bireysel ve toplumsal sorumluluk bilinci ile sunmak için çabalamaktadır. Bireyler sağlık hizmetlerinin başarısında artan oranda yer edinmektedirler. Bu noktada, pazarlama bakış açısı, sorumluluğu paylaşma noktasında önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama üzerine olan olumsuz ve aşırı duygusal reaksiyon, modern işletmeciliğin gelişimi ile birlikte etkisini kaybetmeye başlamıştır. Artık tüm sağlık işletmeleri, kar amacının ötesinde, varlıklarını devam ettirebilmek ve aynı zamanda topluma sunulan sağlık hizmetinin etkisini arttırmak için pazarlama çalışmalarından faydalanmaktadırlar. Özel sektörün yanı sıra, artık kamuda da toplumun katılımını ve güvenini sağlamak adına pazarlama çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Bu pazarlama çalışmaları, tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu hizmetlerde de büyük öneme sahiptir. Koruyucu hizmetlerin beklenen etkiyi gösterebilmesi, toplumun bu alanda yeterli bilgiye ulaşması ve aynı zamanda bu bilgiye ve koruma süreçlerine itimat etmesini gerektirir. Pazarlamanın bu noktadaki rolü oldukça kritiktir (80).

Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları

Pazarlama kavramı, uzun dönemler kabul edildiğinin aksine, "anlatma ve satma" çabası veya "reklam" ile tanımlanabilecek bir unsur değildir. Pazarlama modern anlamıyla, müşteri ihtiyaçlarını tatmin etme çabası olarak görülmektedir. Pazarlama çabası, ürün yaşam eğrisinin başından sonuna kadar sistemli olarak güdülmesi gereken bir yönetim aracı olmasının yanı sıra aynı zamanda bir perspektifi ifade eder. Dolayısı ile pazarlama, müşteriler için değer yaratma ve bu değeri sürdürülebilir kılmak için müşteri odaklı olmayı ifade eder (81). Sağlık hizmetlerinde pazarlamaya yönelik olan kötü algı büyük oranda, pazarlamanın modern manası ile benimsenememiş olmasıdır. Oysa ki pazarlamanın modern tanımı, sağlık hizmetlerinde

kaliteyi yükseltmesinin yanı sıra, tedavi planlarının daha etkili işlemesini de sağlayabilecek bir araçtır.

Amerikan Pazarlama Birliği (Amerikan Marketin Association-AMA) pazarlamayı; müşteri ve organizasyonel ihtiyaçları karşılayacak değişimler yaratmak için, ürün geliştirme, fiyatlama, tutundurma ve dağıtım hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi şeklinde tanımlanmaktadır (82). Bu tanım genel pazarlama anlayışına yönelik, pazarlama karması elemanları olan ürün, fiyat, tutundurma ve dağıtımı içermektedir (83).

Pazarlama karması unsurları arasında yer alan ürün, müşteri ihtiyaçlarını gidermek ve işletmenin satışı sonucunda kar amacı güttüğü, somut mal veya soyut hizmetleri ifade etmektedir. Ürün kavramı, somut veya soyut unsurla ilgili her türlü bileşeni kapsamaktadır. Ürün kavramı dört boyuttan oluşmaktadır; çekirdek (core), somut(tangible), genişletilmiş ürün(augmented) ve ima edilen ürün(implied promise). Çekirdek ürün, kullanıcıların ürüne yönelik his ve duygularını ifade ederken, somut ürün kullanıcıya doğrudan hitap eden, marka, ambalaj, stil ve paketi ifade etmektedir. Genişletilmiş ürün satış sonrası destek hizmetleri ve müşteri ilişkilerine yöneliktir. İma edilen ürün, zamanla ilgili ürün tarafından kazanılmış olan özellikleri ifade eder. Bu durum ilgili ürün veya markaya dair, tüketicilerin de aklında yer etmiş temel özellik veya yetkinliği ifade eder (82).

Pazarlama karması elemanları büyük bir çevre etrafında şekillenmektedir. Ürün, fiyat, tutundurma ve dağıtım süreci, müşteri odaklı olarak gelişir. Dolayısı ile talep ölçümü, müşteri segmentasyonu, pozisyon seçimi ve rekabet, pazarlama karması elemanlarını çevreleyen temel unsurlardır. Müşteri beklentilerini ve taleplerini doğru analiz etmek, müşterilere hitabı en etkili şekilde sağlayacak tutundurma karmasının belirlenmesini sağlarken aynı zamanda, en efektif dağıtım kanalı seçimini de etkilemektedir. İşletmenin müşteri beklentileri doğrultusunda harekete geçmesi, aynı zamanda işletmenin tedarikçileri, rakipleri ve işletmenin sosyal çevresi ile ilişkilerini de bu yönde yürütmesi manasını taşımaktadır. Dolayısı ile pazarlama, müşteri odaklılıktan yola çıkıp, işletmenin tüm iç ve dış faktörlerini güdümlü olarak işleten bir mekanizmadır (81).

Pazarlama karması unsurları, sağlık hizmetlerinde daha geniş bir perspektifte incelenmektedir. Özellikle endüstriye yönelik olarak gelişmiş olan ve 4P olarak bilinen pazarlama karması elemanları, sağlık hizmetlerinde 7P olarak ifade edilmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Ürün ve Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (80)

Ürün Pazarlaması (4P)	Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (7P)
Ürün(Product)	Ürün(Product)
Fiyat (Pricing)	Fiyat (Pricing)
Dağıtım (Place)	Dağıtım (Place)
Tutundurma(Promotion)	Tutundurma(Promotion)
	Fiziksel Deliller ve Ortam (Physical Evidence)
	Katılımcılar/İnsanlar (People)
	Süreç Yönetimi (Process Management)

Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma

Sağlık hizmetleri pazarlamasında, yasal düzenlemelere sıkı bir şekilde bağlı olan unsurlardan biri 'tutundurma'dır. ABD'de dahi, reklam ile karakterize olarak kabul edilen sağlık hizmetleri tutundurma çabaları uzun dönemler yasalar ile kısıtlamalara tabi tutulmuş ancak 1980'ler ile birlikte bu durumda esneklikler yaşanmaya başlamıştır. Özellikle Amerikan Tıp Birliği (AMA), üyeleri üzerindeki baskıları hafifletmeye ve rekabete yönelik bir hizmet piyasası oluşturmaya daha sıcak bakmaya başlamıştır (84).

Tutundurma çalışmaları, aldatıcı bilgiler ile olsun veya olmasın, her şekilde satış yapmaya yönelik çabanın güdüldüğü, pazarlama dönemi anlayışının çok daha ötesinde bir kavramdır. Bunun en büyük kanıtlarından biri, artık kamu sektörünün de tutundurma çalışmalarına önem vermesinde gözlemlenebilmektedir. Tutundurma temel olarak, hedef kitlenin ilgili üretiminden haberdar edilmesi ve üretilen ürünü tüketmesi yönünde bir güdü yaratılması çabasıdır (85).

Tutundurma kavramı pazarlama iletişiminin şekillendiği noktadır. Pazarlama iletişimini gerçekleştirmek üzere tasarlanmış olan uygulamalar, tutundurma karması elemanları, pazarlama iletişimi unsurları veya son dönemlerde modern şekli ile "bütünleşik pazarlama iletişimi unsurları"olarak adlandırılmaktadır. Bu unsurlar; reklam, halkla ilişkiler, satış

geliştirme, kişisel satış, doğrudan pazarlama olarak sınıflandırılabilir (86). Reklam, kitlelere ulaşabilmek için kullanılan en etkili yöntemdir. Kişisel satış bireylere yönelik özellikli olarak hazırlanmış mesajları ve ikna çabalarını ifade etmektedir. Satış geliştirme, kısa dönemde, promosyonlar aracılığı ile satışları arttırma çabası gütmektedir. Halkla ilişkiler ise, hizmet sunucu ile alıcı arasında, uzun dönemli ilişkileri tahsis etmek üzere, güven, saygı ve sevgiye dayalı iletişim çabaları olarak tanımlanmaktadır (81).

Sağlık hizmetlerinde tutundurma kavramı, gereksiz tüketime yönlendirmek ile ilgili değildir. Asıl amaç, ihtiyaçları giderebilecek hizmetin varlığından haberdar etmek ve kullanıcı tüketim sürecinde daha aktif bir konuma çekmektir. Ayrıca etkili bir tutundurma, hizmet kullanıcılarının ve özellikle hastaların, aldıkları hizmete yönelik memnuniyet ve güven düzeylerini yükselterek, hizmet ve tedaviden beklenen sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırmaktadır (80).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ ALGISI

Müşteri ticari anlamda, işletmeler tarafından üretilen mal ve hizmetleri satın alan kişiler olarak tanımlanabilir. Ancak bu tanım tamamı ile dış müşteri olarak ifade edilen kısma yönelik bir tanımdır. Modern işletmeciliğin ağırlığını iyiden iyiye hissettirmesi ile beraber, iç-dış-global müşteri anlayışı geçerlilik kazanmaya başlamıştır. Bu unsurlar, sağlık hizmetlerinde daha büyük öneme sahiptir (87).

Sağlık kurumlarında memnuniyete giden yol, iç müşteriden dış müşteriye doğru bir çizgide ilerlemektedir. İç müşteri; üretim süreçlerine katılan ve faaliyetler yerine getirilirken ilişki halinde olunan kişi ve kurumları ifade eder. İç müşterinin tatmin olmuş olmasının önemi, dış müşteriye yönelik üretilen mal ve hizmetlerde ana rolü üstlenmiş olmasından kaynaklanır. Dolayısı ile özellikle sağlık hizmetlerinde, kurumlarına ve işlerine bağlı, memnun çalışanlar, dış müşterilerin beklentilerine uygun hizmetleri sunmaya muktedir olacaklardır (88).

Sağlık hizmetlerinde müşterilerin, işletme hakkında algılamalarının pozitif yönde olması, sağlık kurumunun itibarı ve pazar payı için oldukça önemlidir. Bu noktada algılanan hizmet kalitesi kavramı belirmektedir. Bu kavram, hastanın/müşterinin beklentilerinin karşılanma düzeyi ile doğru orantılı olarak seyretmektedir. Hastanın/müşterinin hizmete yönelik algıladığı kalite, beklentilerine uyması ve aşması durumunda, ilgili müşteri/hasta tatmin olmaktadır (88).

Hastanın hizmet kalitesine yönelik algısı, bir takım alt boyutlar dâhilinde belirmektedir. Bu boyutlar, fiziksel özellikler, güvenilirlik, isteklilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik,

ulaşılabilirlik, anlayış ve iletişim olarak ifade edilebilir. Boyutlar incelendiği zaman, bireylerin algılarının, bina, teçhizat ve personelin görünümüne yönelik fiziki özellikler tarafından şekillendiği gibi aynı zamanda, personelin müşterilere davranış şekillerine işaret eden iletişim, hizmetin fayda sağlayıp sağlamadığına yönelik güvenirlik ve mali/mekan açıdan ulaşılabilir olup olmamasının yer aldığı görülmektedir (89).

Müşterilerin sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları aynı zamanda iki sınıf dahilinde incelenebilir; teknik kalite ve fonksiyonel kalite. Teknik kalite temel olarak, sunulan hizmetin, tıbbi prosedür açısından uygunluğunu ve hizmeti sunan tarafların mesleki yeterliliğini ifade etmektedir. Fonksiyonel kalite ise, hizmeti sunan tarafların, hizmet sunum anında, dış müşteriye yönelik davranış, hal ve tavırlarını ifade etmektedir. Yani müşteriler, kaliteli hizmetten, hem tıbbi olarak fayda görmeyi hem de hizmetin iyi insan ilişkileri ile sunulmasını beklemektedirler. Bu noktada, işletme binasının, renklerinin, kokusunun, işletme çalışanlarının görünüşlerinin ve iletişim şekillerinin müşteri memnuniyeti üzerinde büyük bir etkisi olduğu görülebilmektedir (90).

Hizmet kalite algısına etki eden bireyler arası iletişim aynı zamanda teknik kaliteye de katkı sunmaktadır. Tedavi sürecinde, hastaların tedaviye inanıp, bağlılık göstermeleri büyük oranda, hizmet sunucu ile kurduğu iletişim ile şekillenmektedir. Hizmet sunucu ile alıcı arasındaki güçlü bir iletişim, uygun tedavi yönteminin belirlenmesi, uygulanması ve takip edilmesi için kritik bir konumda yer almaktadır. Bu süreçte, hastalar/müşteriler açısından en hassas noktalardan biri güven ve gizliliktir. Hastalar çoğu zaman, ikinci kişiler ile paylaşamayacakları durumları, sağlık hizmet sunucuları ile paylaşmak durumunda kalırlar. Bu durumda, hizmet aldıkları sunuculara güven duymak, birinci öncelikleri arasında yer alır (91).

Hastalar ile etkili bir iletişim kurulması ve teknik kalitenin yüksek olması, yalnızca hizmeti kullanan taraflara fayda sunmaz. Bu unsurların güçlü olması, sağlık kurumunun piyasadaki imajını yükseltici bir etkiye sahiptir. Doğrudan pazar payı artışına etki edebilecek olan, olumlu algı, işletmenin sadık müşteriler edinmesine katkı sunacaktır (92).

Sağlık kurumlarında müşteri tatminin sağlamak öncelikle insancıl sonrasında ise ekonomik sebeplerden dolayı büyük bir öneme sahiptir. Kaliteli hizmet almak bir insan hakkı olarak algılanmalı ve bireylere insan onuruna uygun bir hizmetin sunulması temel amaçlar arasında yer almalıdır. Ancak bunun yanı sıra, sağlık işletmesini sürdürülebilir kılmak ve maliyetleri katlanılabilir bir düzeyde tutmak için hasta ve müşterilerin tatmin olması gerekmektedir (87).

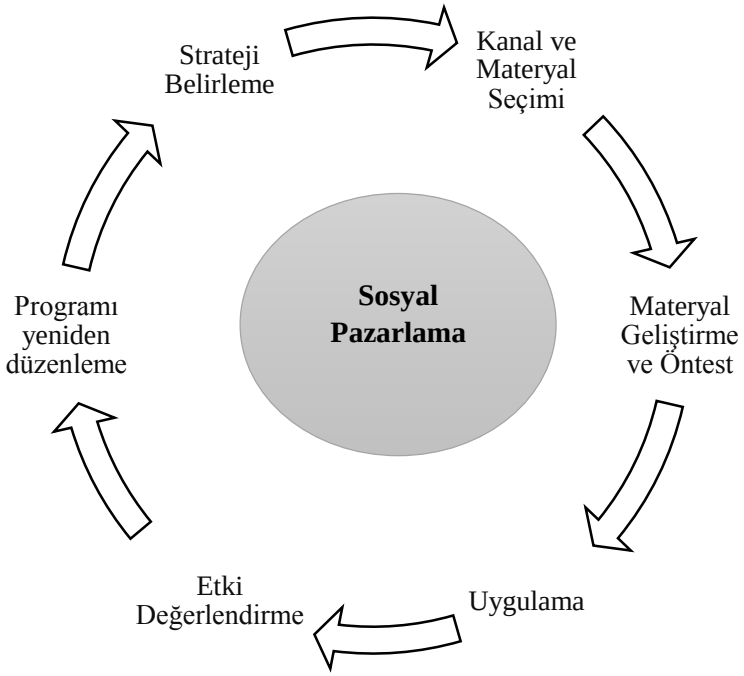
Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Pazarlama

Sosyal pazarlama anlayışı, pazarlamanın yalnızca mal ve hizmetlerin tüketicilere ulaştırılmasını ve onların kullanımı yönünde ikna etmesinin yanı sıra, bunu fikir, davranış ve tutumlar için yapabileceğinin de anlaşılması ile oluşmaya başlamıştır. Sosyal pazarlama hedef kitleye veya toplumun geneline sosyal fayda sağlayacak şekilde, fikirler ve davranışlar edinilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu alanda ilk ve en bilinen isimler olan Kotler ve Zaltman sosyal pazarlamayı; sosyal fikirlerin toplum tarafından kabul edilmesini sağlamak üzere, ürün, fiyatlandırma, iletişim ve dağıtım süreçleri içeren programların tasarlanması, uygulanması ve kontrol edilmesi olarak tanımlamaktadırlar (93).

Sosyal pazarlama anlayışının yıllar boyunca üzerinde odaklanmış olduğu dört temel alan bulunmaktadır. Bunlar; sağlığı geliştirme, yaralanmaları önleme, çevreyi koruma ve toplumsal birlik/hareket'tir. Toplumun genel sosyal faydasını yüksek tutmak için tanımlanmış olan bu alanlar içerisinde, bireylerin sorumluluk almaları ve birlikte hareket etmelerine yönelik uygulamalar olduğu görülmektedir (94).

Sosyal pazarlama sağlık davranışlarını etkilemek için kullanılan araçlardan biri olagelmiştir. Özellikle sağlığın geliştirilmesi anlayışı, dönem içerisinde, sosyal pazarlama ile örtüşür hale gelmiştir. Sağlığın geliştirilmesi alanında gelişmeler sağlanabilmesi için, özellikle mesaj konumlandırmaya yönelik, kişiler arası iletişim yolları (hizmet sunucu-alıcı, toplum-birey vb.), sosyal medya ve kitle iletişim araçları kullanılan kanallar arasındadır (95). Özellikle tütün-alkol kullanımının düşürülmesi, ana-çocuk sağlığında gelişimler yaşanması, AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, uygun beslenme koşullarının yaratılması noktasında sosyal pazarlamanın büyük etkileri olmuştur (96).

Sağlık hizmetlerinde sosyal pazarlamanın uygulanması süreci, bir döngü halinde ilerlemektedir. İlk üç aşamada, ilgili sosyal pazarlama stratejisinin, ilgili iletişim kanalları ve materyallerin belirlenmesi ve ön teste tabi tutulması sonrasında uygulama süreci ve etkinin değerlendirilmesi yer alır. Son olarak da geri dönüşlerin alınması ve programın ihtiyaç doğrultusunda güncellenmesi faaliyetleri gerçekleştirilir (95). (Şekil 5.)



Şekil 5.Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Pazarlama Süreci (95)

Sağlık iletişimi, sosyal pazarlamanın amacına ulaşabilmek için kullandığı en temel enstrümandır. Bireylerin sağlıkları ile ilgili karar verme süreçlerini etkilemek üzere kurulan sağlık iletişimi kampanyaları, birden çok kanal aracılığıyla, belirli ürünleri kullandırma veya belirli davranışların yapılmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Bu programlar, tüm toplumu hedef alan, geniş çaplı koordineli çabalardır (97).

Sosyal pazarlama süreci esasında bir ikna etme çabasını ifade etmektedir. Belirlenen tüm stratejiler ve bu doğrultuda atılan tüm adımlar, hedef kitlenin istenen yönde davranış göstermeye ikna edilmesi için uğraşmaktadır. Sosyal pazarlama programları planlama aşamasında, bilişsel davranış teorilerinden beslenir (47). İlgili davranışın sosyal belirleyicileri göz önüne alınarak, bu belirleyicilere yönelik bütünsel bir konumlandırma çabası güdülür. Aynı zamanda, bu stratejiler, ticari ürünler de olduğu gibi, davranışlar üzerine de bir markalaşma çabası güderler. İlgili programların multidisipliner bir yapıda, marka oluşturma ile toplum nezdinde büyük kabul gördüğü gözlenmektedir. Örneğin, "Gerçek/Hakikat"(Truth) adı ile gerçekleştirilen markalaşma çalışmasının, taşıdığı amaç olan "gençlerde tütün kullanımının önlemesi" noktasında büyük etkileri olduğu görülmüştür (98).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın birincil amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurulmaya başlanan "Sağlıklı Hayat Merkezlerinin" hizmet kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve beklentilerinin ne yönde olduğunu tespit etmektir. Araştırma aynı zamanda sağlıklı hayat merkezlerini sosyal pazarlama, sağlık eğitimi ve sağlık politikası açısından irdeleyerek, gelişime katkı sunabilecek öneriler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada, literatür, uzman görüşü ve sağlıklı hayat merkezlerinin özellikleri doğrultusunda tasarlanmış olan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda yer alan ölçek, algılanan hizmet kalitesi ve sosyal pazarlama çerçevesinde oluşturulmuştur. Önermeler arasında, kurumların fiziksel yeterlilikleri, çalışan davranışları, bilgi düzeyleri ve empati yeteneklerine yönelik ifadelere yer verilmiş aynı zamanda sağlıklı hayat merkezlerinin kullanım amaçlarını tespit etmek üzere sorular da ankette yer almıştır. Anket soruları iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, demografik bilgilere yönelik soruları içerecek şekilde; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir durumu, sağlıklı hayat merkezlerinde sunulan hizmetlerden nasıl haberdar olunduğu ve sağlıklı hayat merkezlerine başvuru sebeplerine yönelik sorular yer almaktadır. İkinci kısımda ise, hastaların yeni kurulmuş olan sağlıklı hayat merkezlerine yönelik beklentilerini ölçmek amacıyla 12 adet likert tipi önerme ve 1 adet açık uçlu soru yer almaktadır. İkinci kısımda , pazarlama karması elemanları arasında yer alan ürün/hizmet, tutundurma faaliyetleri, süreç, katılımcılar ve fiziksel ortam ile ilgili hasta beklentilerini ölçmeye yönelik olarak 4'lü Likert Tipi Ölçek hazırlanmıştır. Ölçek için

oluşturulmuş cevap seçenekleri 1-Kesinlikle Katılmıyorum 2- Katılmıyorum, 3-Katılıyorum 4-Kesinlikle katılıyorum ifadelerini içerecek şekilde hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 22.0 ve Lisrel 8.80 paket programları aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde fiili olarak açılmış olan 18 Sağlıklı Hayat Merkezinin bulunduğu bölgedeki hizmet kullanıcıları oluşturmaktadır. Çalışmaya, aktif olarak çalışan ve içerdiği hizmet kapasitesi bakımından yeterli olan 9 sağlıklı hayat merkezi dahil edilmiştir. Dahil edilmeyen kurumlar pazarlama karması elemanlarından en önemlisi olan ürün ve insan faktörü eksikliğinden dolayı kapsama alınamamıştır. Araştırmaya dahil edilen sağlıklı hayat merkezlerine 01.01.2018-30.03.2018 tarih aralıklarında, birer gün 13.30-16.30 arasında gidilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden kullanıcılar ile uygulama gerçekleştirilmiştir. Toplam katılımcı sayısı 209'dur. Katılımcı sayılarının Sağlıklı Hayat Merkezlerine göre dağılımı aşağıdaki gibidir;

1. Esenyurt : 36
2. Ümraniye :46
3. Beşiktaş :15
4. Küçükçekmece :24
5. Bakırköy :21
6. Pendik :23
7. Fatih :7
8. Bağcılar :21
9. Sultangazi :16

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir;

H_{1a}: Cinsiyet sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkiler

H_{0a}: Cinsiyet sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkilemez

H_{1b}: Gelir durumu sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkiler

H_{0b}: Gelir durumu sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkilemez

H_{1c}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hayat merkezinin bulunduğu ilçeye göre farklılık gösterir

H_{0c}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hayat merkezinin bulunduğu ilçeye göre farklılık göstermez

H_{1d}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hizmetlere başvuru sebebine göre farklılık gösterir.

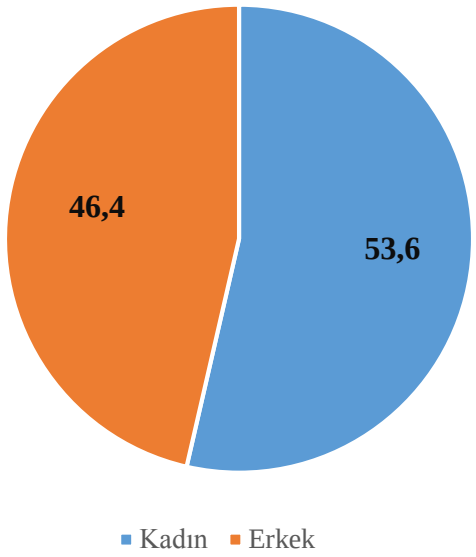
H_{0d}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hizmetlere başvuru sebebine göre farklılık göstermez.

ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırma içerisinde, İstanbul'da yer alan tüm Sağlıklı Hayat Merkezlerinin değerlendirilmesi, SHM'lerin hizmet alanlarının kapsamının yetersizliği, fiziksel alan tasarımlarının uyumsuzluğu, planlama ve organizasyon eksiklikleri, personel eksikliği gibi nedenler ile gerçekleştirilememiştir. Dolayısıyla örneklem seçimine gidilmiştir. Örneklem sürecinde, nüfusun demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi ve örneklem seçiminin bu doğrultuda yapılması mümkün olmamıştır. Araştırma, ideal fiziksel tasarıma uygun olduğu belirlenen SHM'lerde gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda, çalışmaya katılan kişilere tekrar ulaşılabilmesi mümkün olmadığı için, katılımcılara test-tekrar test işlemi uygulanamamıştır.

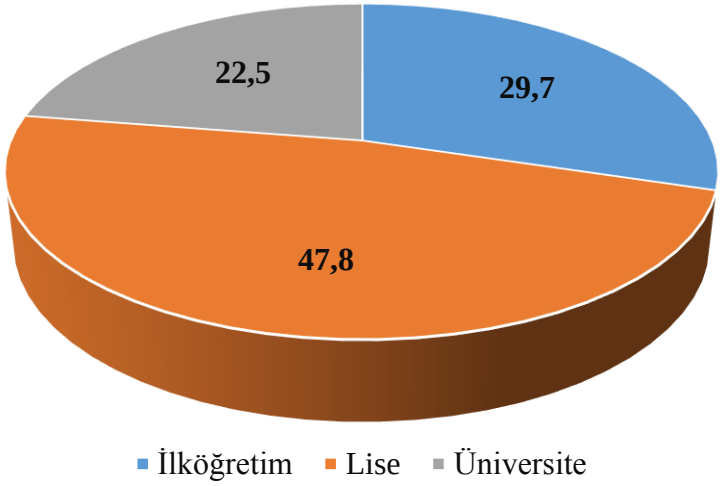
BULGULAR

Araştırma, %53,6'sı kadın, %46,4'ü erkek ve yaş ortalaması 46,07±16,44 olmak üzere 209 kişi ile gerçekleştirilmiştir.



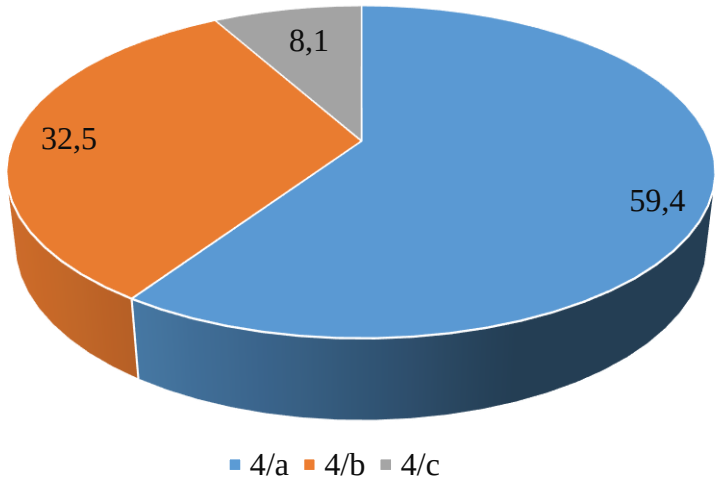
Şekil 6.Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı (%)

Katılımcıların eğitim düzeyleri %47,8 lise, %29,7 ilköğretim ve %22,5 üniversite olarak dağılmaktadır.



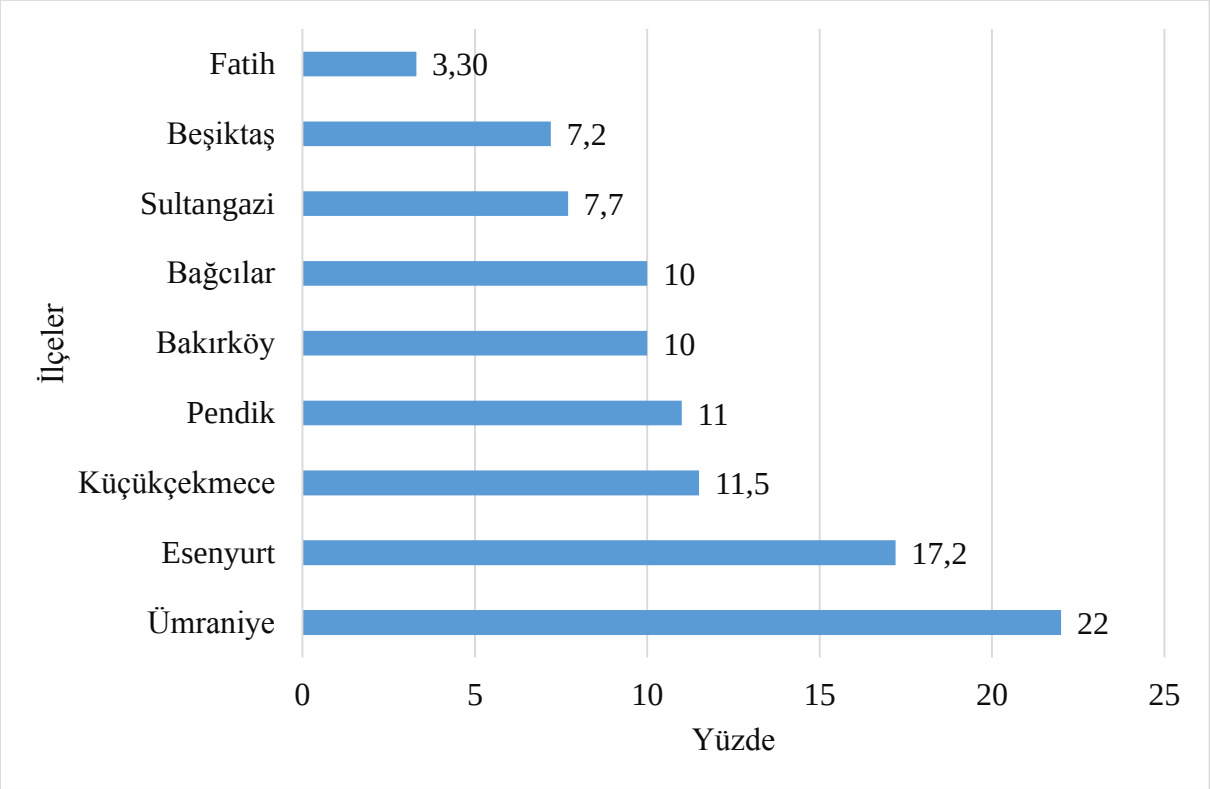
Şekil 7.Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%)

Bağlı bulundukları sosyal güvence % 59,4 4/a, %32,5 4/b ve %8,1 4/c şeklinde dağılmaktadır. Gelir düzeylerine göre katlımcıların %39,2 1000-2000, %40,2 2100-3000, %16,7 3100-4000 ve % 2,9 4000 tl üzeri gelire sahip olanlardan oluşmaktadır.



Şekil 8. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı (%)

Araştırmada yer alan katılımcıların, bulundukları ilçelere göre dağılımı; %22 Ümraniye, %17,2 Esenyurt, %11,5 Küçükçekmece, %11 Pendik, %10 Bakırköy, %10 Bağcılar, %7,7 Sultangazi, %7,2 Beşiktaş ve %3,3 Fatih şeklindedir. Bu oranların dağılımında ilçelerde mevcut bulunan SHM'lerin hizmet kapasiteleri büyük oranda etkili olmuştur.



Şekil 9. Katılımcıların İlçelere Göre Dağılımı (%)

Ölçeğe Dair Yapı Geçerliliği ve Güvenilirlik Analizi

Ölçeğin Kaiser Meyer Olkin değeri 0,605 Barlett Küresellik Testi anlamlılık değeri 0.000 olarak tespit edilmiştir. Kaiser Meyer Olkin değerinin 0.05'ten yüksek olması, ölçeğin faktör analizine tabi tutulabilmesi için yeterli örneklem düzeyine sahip olduğunu ve Barlett Küresellik Testinin $p<0.05$'ten küçük olması, verilen çoklu normal dağılımında geldiğini ifade etmektedir (99). Dolayısı ile ölçek faktör analizine tabi tutulabilecek bir yapıdadır.

Tablo 6. Kaiser Meyer Olkin ve Barlett Küresellik Test Sonuçları

Kaiser Meyer Olkin Örneklem Yeterliliği Değeri		**0,637**
	Ki-Kare	349.967
Barlett Küresellik Testi	Serbestlik Derecesi	36
	Anlamlılık (p değeri)	0.000

Ölçek üç örtük değişken bazında hazırlanmış ve Doğrulayıcı Faktör Analizine tabi tutulmuştur. Ölçeği oluşturan önermelerden 7., 8. ve 9. önermeler faktör yüklerinin oldukça düşük olmasından dolayı ölçekten dışlanmak durumunda kalmıştır

Tablo 7. Önermeler ve Faktör Yükleri

Önermeler		**Faktör Yükü**
1	SHM'lerde bekleme süresi azdır	0,44
2	SHM temizdir ve bekleme alanları, terapi odaları vb. konforludur	0,31
3	SHM'de görevli sağlık çalışanlarının bilgisine güvenirim	0,58
4	SHM'lerin yaygınlaştırılması gerekir	0,59
5	SHM'ler 24 saat hizmet sunmalıdır	0,76
6	Ayaktan sağlık hizmeti ihtiyacımda hastaneye gitmek yerine öncelikle SHM'ye gitmeyi tercih ederim	0,76
7	SHM tanıtım çalışmalarının yeterli olduğunu düşünüyorum	**0,07***
8	SHM'ler sağlıkta farkındalık bilincinin gelişmesine katkı sağlayacaktır	**0,11***
9	SHM'lere erişim için servis imkanının olması kolaylık sağlamaktadır	**0,05***
10	SHM'ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur	0,36
11	SHM acil servislerin yükünü azaltmak için kurulmuştur	0,46
12	SHM çalışanları hasta/hasta yakınları yakından ilgilenmektedir.	0,40

*Ölçekten çıkarılan önermeler

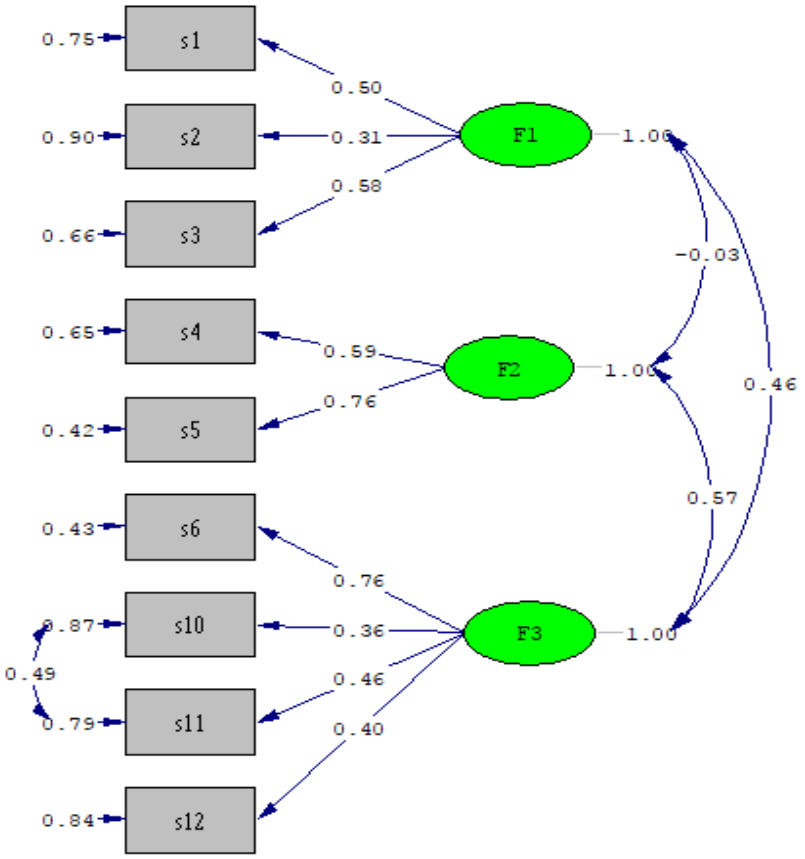
Ölçekten çıkarılan önermeler incelendiği zaman, katılımcıların SHM tanıtım çalışmaları, bireysel farkındalık ve sorumluluk düzeyine etkileri noktasında tereddütler yaşadıkları görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde ve toplum nezdinde pazarlama çalışmalarının henüz bir karşılık bulamadığını göstermektedir. Bu alandaki bilgi ve birikim eksikliği, önermelerin katılımcılar nezdinde bir anlama bürünememesine sebep olmuş ve dolayısı ile faktör yükleri oldukça düşük kalmıştır. 9. Önermede yer alan ifadeye yönelik toplumun herhangi tutarlı bir fikrinin olmadığı görülmektedir. Bu durumun temel sebepleri arasında, bireylerin ulaşım imkanlarını kendisinin yaratması ve SHM'lerin aile sağlığı merkezlerinin bulunduğu civarda bulunmaları yer almış olabilir.

Dışlanan ölçek sonrası birinci örtük değişken, 1., 2., ve 3. önermelerden, 2. örtük değişken 4. ve 5. önermelerden, üçüncü örtük değişkenin ise 6., 10., 11., ve 12. önermeler tarafından açıklandığı görülmüştür. Örtük değişkenler ile önermeler arasında tüm t değerleri 1.96'dan büyük bulunmuştur. Bu durum değişkenler ile önermeler arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Önermelerin faktör yükleri 0,31-0,76 arasında değişmektedir. 0.30'un altında bir faktör yüküne sahip herhangi bir önerme bulunmamaktadır.

Ölçeğin birinci örtük değişkeni, katılımcıların SHM'lerde sunulan hizmetin kalitesine yönelik önermelerden oluşması sebebi ile "Algılanan Kalite Boyutu" olarak isimlendirilmiştir. İkinci örtük değişken, SHM'lerden beklenen çalışma koşullarına yönelik olması dolayısı ile "Beklenen Hizmet Boyutu" olarak isimlendirilmiştir. Son olarak üçüncü örtük değişkenin, SHM'lerin amaçlarına yönelik bilgi düzeyi ile ilgili önermeler içerdiği için "Bilgi ve Farkındalık Boyutu" olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 8. Ölçek Boyutları ve İlgili Önermeler

Ölçek Boyutları	Oluşturan Önermeler
F1(Algılanan Kalite Boyutu)	1., 2,,3. önermeler
F2(Beklenen Hizmet Boyutu)	4.,5. önermeler
F3(Bilgi ve Farkındalık Boyutu)	6.,10.,11.,12. önermeler



Chi-Square=60.50, df=23, P-value=0.00003, RMSEA=0.089

Şekil 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Ölçeğin Yapısı

Ölçeğin uyum indeksleri incelendiği zaman, modelin ilk aşamasında kabul edilebilir değer aralıklarının elde edilemediği ancak modele sunulan modifikasyon önerileri doğrultusunda 10. ve 11. önermelerin hata varyansları arasında kurulan kovaryans sonucu modelin uyum indekslerinin iyileştiği görülmüştür.

Tasarlanan bir ölçeğin Tahmini Ortalama Karekök Hatasının (RMSEA) 0.10'dan, Ki-Kare/Df (Serbestlik Derecesi)'nin 3'ten küçük olması istenen bir durumdur. Aynı zamanda Uyum İyiliği İndeksinin(GFI), 0.85'ten ve Düzeltilmiş Uyum İndeksi(AGFI) değerinin de 0.80'den büyük olması model uyumu için temel şartlardandır (100).

Tablo 9. Ölçeğin Uyum İndeksleri

RMSEA	0,089
SRMR	0.070
GFI	0.94
AGFI	0.88
X^2/df	2,63

Araştırmada kullanılan ölçeğin RMSEA değerinin 0,089 olduğu görülmüştür. GFI ve AGFI değerlerinin sırası ile 0,94 ve 0,88 olması, modelin ölçüm yeteneğinin yeterli olduğunu göstermektedir. Ki-Kare/df değeri 2,63 olarak hesaplanmış olup, ölçeğin uyumu için yeterli olduğu görülmektedir.

Ölçeğe ait iç tutarlılık analizi için Cronbach Alpha yöntemi kullanılmıştır. Bir ölçeğin güvenilir sayılabilmesi için minimum 0,40 cronbach alpha değerine sahip olması gerekmektedir. 0,40-0,60 arası düşük düzeyde güvenilir, 0,60-0,80 arası güvenilir, 0-80 ve 1 arası ise oldukça güvenilir olarak ifade edilmektedir (101).

Tablo 10. Ölçeğe Ait İç Tutarlık Analiz Sonucu

Cronbach Alpha	N
0,637	9

Ölçeğin güvenilirlik düzeyinin 7., 8. ve 9. önermelerin çıkarılmadan önce 0,535 olduğu, ancak 3 adet önermenin çıkarılması sonucu 0,637 olduğu görülmüştür. Dolayısı ile ölçek güvenilir olarak ifade edilmektedir.

Uygulamaya Dair Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekten yapısı itibari ile alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan ise 36'dır. Ölçeğinden genelinden alınan puan ortalaması 26,14±3,30, maksimum puan 35 ve minimum puan 17'dir. Alınan genel puanlar katılımcıların SHM'lerde yürütülen hizmetlere yönelik algı ve farkındalık düzeylerinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Her boyuta yönelik ortalamaların, o boyut için elde edilebilecek maksimum puana daha yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Ölçek Boyutlarına Göre Alınan Puanların Dağılımı

Faktör	**Min-Maks Değerler**	**Ortalama±Std**
Algılanan Kalite Boyutu	5-12	8,8±1,45
Beklenen Hizmet Boyutu	3-8	6,3±1,25
Bilgi ve Farkındalık Boyutu	6-16	10,97±2,06
Toplam	**17-35**	**26,14±3,30**

Ölçek önermeler bazında incelendiği zaman, önermelere ait ortalamaların 2,66-3,20 aralığında değiştiği görülmektedir. “Beklenen Hizmet Boyutu’nu” oluşturan iki önermenin de 3’ün üzerinde bir ortalama sahip olması, SHM’lerin 24 saat hizmet sunması ve yaygınlaştırılması hususunda, toplumun genelinde bir fikir birliği olduğunu göstermektedir. Ayrıca “algılanan kalite boyutu” içerisinde yer alan “SHM’lerde bekleme süresi azdır” şeklinde önermenin 3,06 ortalamaya sahip olması pazarlama karması elemanlarından dağıtım kanalı için toplum açısından olumlu bir imajın varlığına ve bir tercih sebebi olduğuna işaret etmektedir. Çünkü dağıtım kanalı (ulaşılabilirlik) sağlık hizmetlerinde iki şekilde ele alınmaktadır. İlki fiziksel uzaklığı ifade eden hasta ile sağlık kuruluşu arasındaki mesafe iken ikincisi sevk, hasta kabul ve taburcu gibi hastaların sisteme giriş ve çıkışlarını düzenleyen süreci içermektedir. Dolayısıyla sağlık kuruluşlarının fiziksel yeterlilikleri, bekleme süreleri ve sunulan hizmet için uygun saatlerin belirlenmesi müşteri algısı açısından olumlu etki yaratmakta ve talep oluşturmaktadır.

Nispeten daha düşük puanlara sahip önermeler incelendiği zaman ise, bunların daha çok SHM’lerin fiziki, hizmet sunucu-alıcı iletişimi ve varlık amacı noktasında belirdiği görülmektedir. Hizmet kullanıcılarının, temizlik ve çalışanların duyarlılığı noktasında nispeten daha olumsuz bir algıya sahip olduğu gözlemlenmektedir. Pazarlama bakış açısıyla incelediğimizde; pazarlama karması elemanlarından insanlar/katılımcılar faktörünün bu noktada öne çıktığı görülmektedir. Çünkü katılımcılar unsuru hastaların sağlık kuruluşunu tercih nedenini önemli ölçüde etkilemektedir. Doktorun, sağlık çalışanlarının ve diğer çalışanların tutum ve davranışı, hasta ve hasta yakınları ile kurdukları iletişim sağlık kuruluşu hakkında çeşitli duygu ve kanaatler oluşturmaktadır. Hastalık hali nedeniyle hassasiyeti yüksek olan bir kişi sağlık çalışanının ya da diğer bir kişinin olumsuz davanışından hemen etkilenecek ve ön yargılar oluşturacaktır. Dolayısıyla sağlık kuruluşunun kalitesinin bir göstergesi olan bu konu hakkında sağlık personelleri bilgilendirilmelidir. Tüm önermelerin almış oldukları ortalama puanlar Tablo 12’de detaylı olarak sunulmaktadır.

Tablo 12. Önermelerin Almış Oldukları Ortalama Puanlar

Önermeler	Ortalama Puan	Standart Sapma
Algılanan Kalite Boyutu		
1.SHM'lerde bekleme süresi azdır	3,06	0,781
2.SHM temizdir ve bekleme alanları, terapi odaları vb. konforludur	2,88	0,69
3.SHM'de görevli sağlık çalışanlarının bilgisine güvenirim	2,92	0,64
Beklenen Hizmet Boyutu		
4.SHM'lerin yaygınlaştırılması gerekir	3,20	0,70
5.SHM'ler 24 saat hizmet sunmalıdır	3,09	0,77
Bilgi ve Farkındalık Boyutu		
6.Ayaktan sağlık hizmeti ihtiyacımda hastaneye gitmek yerine öncelikle SHM'ye gitmeyi tercih ederim	2,71	0,86
7.SHM'ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur	2,84	0,70
8.SHM acil servislerin yükünü azaltmak için kurulmuştur	2,75	0,71
9.SHM çalışanları hasta/hasta yakınları yakından ilgilenmektedir.	2,66	0,61

İstatistiki Anlamlılık Testleri

Normallik testi için Kolmogorov Smirnov testi gerçekleştirilmiştir. Ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar serisi normal dağılıma uymadığı için ($p<0.05$), hipotezlerin test edilmesinde non-parametrik yöntemler kullanılmıştır.

İlk olarak Sağlıklı Hayat Merkezlerine yönelik algı ve beklentilerin ilçeler bazında incelenmesi için Kruskall Wallis testi uygulanmıştır. Gerçekleştirilen test sonuçları Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13. Ölçek Boyutlarının SHM'lerin Bulundukları İlçelere Göre Değerlendirilmesi

Algılanan Kalite Boyutu	**Sıra Ortalaması(Mean Rank)**	**Test Değeri**	**P***
Bakırköy	133,02	42,41	0,000
Bağcılar	139,21		
Ümraniye	88,25		
Sultangazi	65,16		
Esenyurt	84,29		
Küçükçekmece	83,29		
Pendik	138,76		
Beşiktaş	128,20		
Fatih	139,1		
Beklenen Hizmet Boyutu	**Sıra Ortalaması(Mean Rank)**	**Test Değeri**	**P***
Bakırköy	79,83	34,766	0,000
Bağcılar	114,98		
Ümraniye	127,7		
Sultangazi	52,94		
Esenyurt	95,15		
Küçükçekmece	130,98		
Pendik	116,85		
Beşiktaş	75,03		
Fatih	104,93		

Tablo 143 (devamı). Ölçek Boyutlarının SHM'lerin Bulundukları İlçelere Göre Değerlendirilmesi

Bilgi ve Farkındalık Boyutu	**Sıra Ortalaması(Mean Rank)**	**Test Değeri**	**p***
Bakırköy	91,83	14,77	0,06
Bağcılar	128,36		
Ümraniye	91,85		
Sultangazi	86,09		
Esenyurt	114,90		
Küçükçekmece	103,23		
Pendik	132,04		
Beşiktaş	91,43		
Fatih	99,43		
Toplam	**Sıra Ortalaması(Mean Rank)**	**Test Değeri**	**P***
Bakırköy	100,17	30,99	0,000
Bağcılar	141,98		
Ümraniye	96,67		
Sultangazi	53,50		
Esenyurt	98,31		
Küçükçekmece	102,71		
Pendik	142,63		
Beşiktaş	95,57		
Fatih	119,89		

*Kruskall Wallis testi

Gerçekleştirilen test sonucuna göre; Algılanan Kalite Boyutu ve Beklenen Hizmet boyutuna yönelik algı ve beklentinin ilçeler bazında anlamlı bir farklılığa sahip olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Algılanan kalite boyutundaki farklılığın özellikle Bağcılar, Fatih, Bakırköy, Pendik ve Beşiktaş lehine olduğu tespit edilmiştir. Bu ilçede sunulan SHM hizmetlerinin, diğer ilçelere göre büyük oranda daha kaliteli olarak görüldüğü gözlemlenmiştir.

Beklenen hizmet boyutunda ise Bağcılar ve Pendik'in yanısıra, Küçükçekmece ili lehine bir algı farklılığı göze çarpmaktadır. Küçükçekmece'de SHM hizmetlerine yönelik beklentinin daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Sultangazi ilçesinin tüm boyutlarda en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmektedir. Bu bölgede SHM kavramına ve yapısına yönelik farkındalık düzeyinin oldukça düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumun sebepleri arasında bölge SHM'nin kuruluş amacı, sunulan hizmetler gibi hususlarda bireylere yeterli bilgilendirme ve erişimin sağlanmadığı gösterilebilir.

Bilgi ve farkındalık alt boyutunun ilçeler arasında herhangi bir anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Ölçek toplam puanlar üzerinden değerlendirildiği zaman ise farklılığın büyük bir oranda Pendik ve Bağcılar lehine olduğu, Sultangazi'nin ise aynı şekilde en düşük değere sahip olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 14. Ölçek Boyutlarının SHM Hizmet Başvuru Sebebine Göre Değerlendirilmesi

Algılanan Kalite Boyutu	Sıra Ortalaması(Mean Rank)	Test Değeri	P*
Kronik Hastalık Takibi	91,45	12,326	0,006
Beslenme ve Diyet Programı	147,08		
Check-up	122,89		
Diğer(VSD, HPV, KETEM)	96,25		
Beklenen Hizmet Boyutu			
Kronik Hastalık Takibi	81,50	10,253	0,017
Beslenme ve Diyet Programı	86,42		
Check-up	122,68		
Diğer(GÖRÜNTÜLEME, VSD, HPV, KETEM)	101,09		

Tablo 14 (devamı). Ölçek Boyutlarının SHM Hizmet Başvuru Sebebine Göre Değerlendirilmesi

Bilgi ve Farkındalık Boyutu	Sıra Ortalaması(Mean Rank)	Test Değeri	P*
Kronik Hastalık Takibi	90,71	3,44	0,328
Beslenme ve Diyet Programı	115,50		
Check-up	114,98		
Diğer(GÖRÜNTÜLEME, VSD, HPV, KETEM)	101,93		
Toplam	Sıra Ortalaması(Mean Rank)	Test Değeri	P*
Kronik Hastalık Takibi	78,50	13,053	0,005
Beslenme ve Diyet Programı	125,17		
Check-up	125,16		
Diğer(GÖRÜNTÜLEME, VSD, HPV, KETEM)	98,44		

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 14'de görüldüğü üzere, Algılanan Kalite Boyutu ve Beklenen Hizmet Boyutunda hastaların sağlıklı hayat merkezlerini tercih etmeleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$). Algılanan kalite boyutundaki en büyük farklılığın Beslenme ve Diyet programlamada olduğu gözlemlenmiştir. Beslenme ve diyet programlamasının yanı sıra hastaların check-up olarak değerlendirdiği KETEM taramaları yüksek puan almıştır. Beklenen hizmet boyutunda ise ilk sırada yer alan check-up hizmetlerini diğer faaliyetler altında tespit edilen HPV (human papilloma Virüs Testi), VSD (Verem Savaş Dispanseri), GGK (Gaitada Gizli Kan Testleri) gibi enfeksiyon hastalıklarının tespiti için gerçekleştirilen tetkiklerin puan sıralaması izlemiştir. SHM tercih sebepleri içerisinde Kronik Hastalık Takibinin diğer boyutlara göre en düşük ortalamaya sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Bilgi ve farkındalık alt boyutunun, SHM tercih sebepleri açısından da herhangi bir anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tercih sebepleri toplam puanlar üzerinden değerlendirildiğinde ise farklılığın büyük oranda beslenme ve diyet programlama ile check-up lehine olduğu tespit edilmiştir. Bu noktada Sağlıklı Hayat Merkezlerinin iç donanımı ve insan faktörünün etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 155. Ölçek Boyutlarının Diğer Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi

	Test Değeri	p
Cinsiyet	5178	0,568*
Sosyal Güvence	3,771	0,152**
Eğitim	3,577	0,167**
Gelir Düzeyi	0,293	0,961**

*Mann Whitney U Testi
**Kruskal Wallis Tesi

Tablo 15'de yer aldığı üzere, demografik sorular kapsamında yer alan cinsiyet, sosyal güvence, eğitim ve gelir düzeyi açısından ölçek boyutları bazında herhangi bir anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Anketin katılımcı profilinin benzer olması, sosyal güvence kapsamında özel sağlık sigortası kullanıcısına rastlanmaması, kullanılan sigortaların sosyal güvenlik kurumu kapsamında birleşmiş olması, eğitim seviyesindeki benzerlikler gibi nedenlerle gruplar arasında farklılık olmadığı düşünülmektedir.

TARTIŞMA

Hizmet sektörünün en önemli alt kollarından birisi olan sağlık sektörü; genişliği, gelişim hızı, karlılığı, ürün ve hizmet çeşitliliği ile teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı alanlardan birisidir. Rekabetin gittikçe yoğunluğunu arttırdığı bu alanda, sağlık işletmelerinin ayakta kalabilmesi için etkili,verimli, kaliteli hizmet sunarak değişime ayak uydurması gerekmektedir. Sağlık sektöründe tıbbi tanı ve tedavi süreçlerinde her geçen gün yeni teknolojiler ortaya çıkmaktadır. Değişimi yakından takip etmek isteyen sağlık işletmelerinin tüm bu teknolojik gelişimlere adapte olması ve toplumsal beklentileri sürekli olarak karşılama çabası içinde olması gerekmektedir. Dolayısıyla tüm bunlar sağlık işletmelerinin maliyetlerinde bir artışa neden olmaktadır. Rekabetin yoğun yaşandığı ve maliyetlerin sürekli artığı bu noktada müşteri tatminini sağlamak için sağlık işletmeleri modern pazarlama tekniklerine başvurmak zorunda kalmışlardır. Çünkü sağlık hizmetlerinde hizmeti alan kişinin beklentisi, hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisidir. Sağlık işletmeleri amaçlarına ulaşmak ve müşterisinin tatminini sağlamak için kendi imkanları dahilinde farklı pazarlama stratejileri ve bileşenleri kullanmaktadır. Bu bileşenlerin belirlenmesi için tüketici açısından pazarlama enstürümanlarından hangisinin önemli veya hangisinin önemsiz olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü 90'lı yılların sonu 2000'li yılların başlarında sağlık sektöründe hedef "hasta insanlar" olmaktan çıkmış aynı zamanda "sağlıklı insanları" da içerecek şekilde yeniden tanımlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla sağlıklı insanlara hizmet üretmeye ve bunu destekleyecek pazarlama programlarına önem verilmeye başlanmıştır. Müşteri ilişkileri yönetimi sağlık sektörü tarafından keşfedilerek hasta sadakati arttırılmaya çalışılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sürdürülebilirlik ve olumlu sağlık çıktıları için, tüm ülkeler nezdinde olmazsa olmaz olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde, toplumu birinci basamak sağlık hizmetlerine daha yoğun bir şekilde entegre etme yönünde arayışlar süreklilik

göstermektedir. İngiltere'de sağlık hizmetlerinin akışını ve hizmet içeriğini büyük oranda belirleyen yapı, birinci basamak sağlık kuruluşları olan CCGs'dir. İngiltere'de, özellikle toplumun katılımını sağlamak üzere, yoğun pazar araştırmaları ve halkla ilişkiler çalışmalarının yürütüldüğü gözlenmektedir (102). Aynı durum ABD'de görülmektedir. Sağlık sigortalarında hizmet kapsamının, birinci basamak odaklı olduğu ve klinik odaklılıktan toplum odaklı olmaya doğru çabaların mevcut olduğu görülmektedir. Bu noktada toplumla işbirliği yapılması, pazarlama açısından gelişmiş bir uygulama alanına işaret etmektedir (103).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin birer işletme olarak organize edilmesi, tüm dünyada yaygınlık gösteren bir fikir haline gelmiştir. Bu durumun yansımaları Türkiye'de de etkisini yoğun olarak göstermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planının 'sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek' stratejik amacını gerçekleştirmek üzere fiziki, teknik ve personel alt yapısı oluşturularak Sağlıklı Hayat Merkezleri açılmaya başlanmıştır. SHM'ler Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin sunmuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek amacıyla kurulmuştur. Bunun yanı sıra, hastalığa değil sağlığa yatırım yaparak sigara ve benzeri zararlı maddeler ile mücadele etmeyi, sağlıklı beslenme ve hareketli yaşamı destekleyerek obezite ile mücadele etmeyi, kronik hastalıklarla etkin bir şekilde mücadele etmeyi ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadeleyi misyon edinmiştir. Söz konusu merkezlerde, beslenme danışmanlığı, psikososyal danışmanlık, fiziksel aktivite ve fizyoterapi, ağız ve diş sağlığı, enjeksiyon hizmetleri, kadın ve üreme sağlığı, öğrenci sağlığı, kanser erken teşhis ve tarama, sigarayı bırakma danışmanlığı, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve görüntüleme hizmetleri sunulacaktır. Ayrıca bu merkezler aracılığıyla Aile Hekimlikleri ile Hastane arasındaki iş birliğinin arttırılması da amaçlanmaktadır. Planlanan tüm bu sağlık aktivitelerinin gerçekleştirilmesi, hasta katılımının arttırılması, vatandaş memnuniyeti ve planlanan sağlık hizmetlerine vatandaş uyumuda hedeflenmektedir.

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan SHM'lerde müşteri beklentilerini belirlemek ve tatmin olduğu konuları değerlendirmek üzere tasarlanmış bir anket uygulamasını içermektedir.

Araştırma, İstanbul ilinde kurulan 18 Sağlıklı Hayat Merkezinde uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Kapsama alınan 18 Sağlıklı Hayat Merkezi incelendiği zaman hizmet alan

kapsamının yetersizliği ve personel eksikliği nedenlerinden dolayı aktif çalışmayan 9 SHM çalışmadan çıkarılmıştır. Kapsamdan çıkarılan SHM'lere ortalama başvuru sayısının düşük olması, yukarıda açıklanan hizmet dallarından bir veya iki tanesi ile sınırlı kalması, tıbbi cihaz ve iç donanım eksiklikleri etkili olmuştur. Kapsam içerisinde yer alan SHM'lerde ağırlıklı olarak genel muayene, üreme sağlığı, görüntüleme hizmetleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik laboratuvar hizmetlerinin gerçekleştirildiği gözlemlenmiştir. SHM'lere yönelik talebin büyük oranda aile hekimleri tarafından yaratıldığı görülmektedir. Bu durum toplumun SHM'lere yönelik farkındalığının da aile hekimleri tarafından gerçekleştirilen yönlendirmeler sonucu oluştuğunu göstermektedir. Anket içerisinde yer alan SHM'lerden nasıl haberdar olunduğuna dair soruya verilen cevapların, çoğunlukla "aile hekimim bilgilendirdi" şeklinde cevaplanmış olması, bu farkındalık durumunun en büyük göstergesi durumundadır. Ayrıca anket önermeleri içerisinde yer alan ve faktör yükünü düşürdüğü için anket kapsamından çıkarılan 'SHM tanıtım çalışmalarının yeterli olduğunu düşünüyorum' ifadesi de toplumun SHM tanıtım çalışmaları hakkında ortak bir fikrinin olmadığını göstermektedir.

Elde edilen bu sonuca göre SHM'lerin, pazarlama anlayışı içerisinde henüz etkili bir tutundurma yeteneğine sahip olmadığı ortaya çıkmaktadır. Bu durumun muhtemel sebepleri arasında, SHM'lerin organizasyonel olarak henüz etkin bir yapıya bürünemediği ve ürün-hayat eğrisinin 'giriş' evresinde olması gösterilebilir. Fiziksel olarak modern bir görünüme sahip olma noktasında, ciddi gelişmelerin görüldüğü SHM'lerin, misyonlarını gerçekleştirebilmeleri için, toplum nezdinde farkındalık ve olumlu bir imaj yaratacak tutundurma bileşenlerine de önem vermeleri gerekmektedir. Özellikle halkla ilişkiler anlayışının, kurumsal bir şekilde organize edilmesi önerilmektedir. Bu noktada "farklılaştırılmamış pazarlama stratejisi" kullanılarak müşterilerin ortak istek ve ihtiyaçları hedeflenerek geniş bir kitleye ulaşım da sağlanabilir. Tüm pazar stratejisi olarak bilinen bu yöntemle sağlık işletmeleri pazar bölümleri arasındaki farklılıkları önemsemeden bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Yeni kurulmuş olan SHM'lerin ürün ve pazarlama programlarını mümkün olduğu kadar çok alıcı çekecek şekilde geliştirmeye çalışmalıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları edindirme, çevre koruma alışkanlığı kazandırma ve toplumsal birliktelik yaratma noktasında, birinci basamak hizmetlerdeki sosyal pazarlamanın varlığı oldukça önemlidir. Bu noktada erken tanı, sürekli kontrol veya bilgilendirmeye yönelik tutundurma unsurlarında, teknolojinin artan oranda kullanıldığı görülmektedir (104,105).

SHM'ler ilçe bazında değerlendirildğinde, en geniş perspektif ve nicelikte hizmet sunan SHM'nin Bağcılar ilçesinde olduğu görülmektedir. Bu durum beklenti ve algı düzeyinde

yüksek puanlara da yansıması ile görülebilmektedir. Bağcılar ilçesinde izlenen pazarlama stratejisinin bu durum üzerinde etkili olduğu görülmektedir. "Farklılaştırılmış pazarlama stratejisi" kapsamında değerlendirebileceğimiz yerel yönetimler ile anlaşmalı olarak belirlenen yaş grupları ve kadın sağlığı hakkında gerçekleştirilen halk sağlığı eğitimleri ile okul çağındaki çocuklara yapılan 'öğrenci sağlığı taramaları' bölgedeki insanların beklenti ve algılarını olumlu yönde etkilemiştir.

Ölçeği oluşturan boyutlardan "Algılanan Kalite Boyutu" ortalamasının 2,95 olduğu görülmüştür. Dolayısı ile genel bağlamda incelendiği zaman, SHM'lere yönelik kalite algısının yüksek düzeye yakın olduğu görülmektedir. SHM'lere yönelik kalite algısını yükselten önermelerin başında, bekleme sürelerinin azlığına yönelik önerme gelmektedir. Hizmet kullanıcıların memnuniyet durumunun belirlenmesi noktasında, beklenen zamanın büyük öneme sahip olduğu ve SHM'ler nezdinde bu göstergenin oldukça olumlu olduğu ifade edilebilir. Algılanan kalite boyutunu şekillendiren bir diğer unsurun ise, SHM'lerin fiziki özellikleri ve hizmet sunucu-alıcı ilişkisinin boyutu olduğu görülmektedir. Katılımcıların özellikle açık uçlu soruda yaptıkları değerlendirmelerde de güler yüzlü hizmet ve yeterli bilgilendirmeye yönelik beklentilerinin olduğunu göstermektedir. Ancak bu beklentinin yanısıra, sağlık çalışanlarına olan güvenin de yüksek bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. 2010 yılında İzmir ilindeki aile sağlığı merkezlerine yönelik olarak yapılmış bir tez çalışmasında da, genel kalite düzeyinin toplum tarafından yüksek olarak algılandığı ifade edilmiştir. Yapılan çalışmada ayrıca, ASM'lerin hizmet alıcılara yönelik ilgi ve dikkatlerinin, güven duygusunun ve beklenen hizmetin sunulabilmesi göstergelerinin, büyük oranda belirleyici oldukları tespit edilmiştir (106).

"Beklenen Hizmet Boyutun"da, SHM'lerin 24 saat hizmet sunması ve yaygınlaştırılması gerektiğine yönelik, toplum nezdinde genel bir fikir birliğinin olduğu görülmektedir. SHM'ler ile birlikte genişleyen hizmet perspektifinin bu noktada, toplumdaki tatmin düzeyine olumlu yönde etki yaptığı görülmektedir.

"Bilgi ve Farkındalık Boyutu"nun kendi içinde ortalamanın üzerinde olmasının yanı sıra (Ort:2,74), genel ölçek bazında, en düşük ortalamalara sahip olduğu görülmektedir. SHM kullanıcılarının büyük oranda, ikinci ve üçüncü basamağa gitmek yerine, SHM'lere tercih etmek istediklerine yönelik bir eğilim göze çarpmaktadır. Bu durumun en büyük belirleyicisinin bekleme sürelerinin kısa olması ifade edilebilir. Bu boyutta göze çarpan diğer bir unsur, hizmet sunucularının hasta yakınları ile olan ilişkilerine yönelik önermenin en düşük ortalamaya sahip

olmasıdır. Hizmet sunucu ile alıcı arasındaki iletişimin kuvveti bu boyutta varlığını hissettirmektedir. Bu noktada SHM çalışanlarının, SHM'lerin misyonuna ve işletmecilik bakış açısına yönelik bilgi düzeylerinin arttırılması önerilmektedir. Pazarlama anlayışının yerleşebilmesi için, kurum kültürünün güçlü bir işbirliği ve varlık sebebi çerçevesinde geliştirilmesi önem arz etmektedir. Çalışmamıza benzer nitelikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde Gümüşhane ilinde 2014 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, memnuniyet düzeyini azaltıcı faktörler arasında hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişim düzeyinin düşüklüğü vurgulanmıştır. Ayrıca Türkiye genelinde en yüksek memnuniyetsizliğe sahip durumlar, 'Doktora bilgi danışma konusunda ulaşım zorluğu, Aile Sağlığı merkezlerinde sağlık çalışanlarına bilgi almak için ulaşamama ve bekleme salonlarında harcanan zaman' olarak ifade edilmiştir (107).

Ölçek istatistiki anlamlık testleri ile incelendiği zaman, ölçekten alınan puanların büyük oranda Bağcılar ve Pendik ilçeleri lehine olduğu görülmektedir. Bağcılar ilçesinde yerel yönetimler ile işbirliği içerisinde gerçekleştirilen halk sağlığı bilgilendirme eğitimlerinin, toplum nezdindeki farkındalık düzeyini büyük oranda arttırdığı ifade edilebilir. Sağlık hizmetleri içerisinde yer alan multidisipliner anlayışın, toplum davranışlarını şekillendirme noktasındaki etkisi bu bağlamda gözlemlenebilmektedir. Pendik ilçesinde KETEM taramalarının yüksek oranda yapıldığı gözlenmektedir. Bu taramalarının toplumun SHM'lere yönelik algılarını olumlu yönde etkilediği görülebilmektedir. Bağcılar ilçesinde olduğu gibi yerel yönetimler ile işbirliğin yoğun olarak yer aldığı gözlenmektedir.

SHM hizmetine başvuru sebepleri arasındaki anlamlı farklılığın beslenme-diyet programları ve check-up (kontrol,tarama hizmetleri vb.) uygulamaları lehine olduğu görülmektedir.

SONUÇLAR

Araştırma kapsamında, toplumun Sağlıklı Hayat Merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeylerinin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Değerlendirme için araştırmacı tarafından, literatür ve uzman görüşüne dayalı olarak tasarlanan ölçek kullanılmıştır. Sağlık hizmetlerine yönelik algının ölçekte üç boyutta şekillendiği görülmüştür. Birinci boyut algılanan kaliteyi, ikinci boyut beklenen hizmet boyutunu ve üçüncü boyut bilgi ve farkındalık boyutunu göstermektedir.

Ölçek genel anlamda incelendiği zaman, algı ve beklentiye yönelik aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Hizmet kalite algısının en önemli belirleyicileri bekleme süresi, fiziki özellikler ve hizmet sunucu-alıcı arasındaki iletişimin boyutudur.
- İletişim sürecinde, hastanın yanı sıra hasta yakınlarına yönelik davranışlar da büyük bir etkiye sahiptir.
- SHM'lere yönelik kalite algısı yüksek denilebilecek bir düzeydedir.
- SHM'lerin yaygınlaştırılması ve 24 saat hizmet sunması noktasında genel bir fikir birliği mevcuttur.
- SHM'lere yönelik bilgi ve farkındalık düzeyi düşüktür.
- İkinci ve üçüncü basamak yerine, SHM'nin tercih edilmesi ortalamanın üzerindedir.
- Açık uçlu sorularda ifade edilen düşüncelerin genelde, personelin güleryüzlü olması, hasta yakınları ile ilgilenmesi, kendilerine ayrılan sürelerin arttırılması ve sunulan hizmetlerin genişletilmesi yönünde olmuştur.

Çalışma kapsamında test edilen hipotezler ve sonuçlar aşağıdaki gibidir;

H_{1a}: Cinsiyet sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkiler

H_{0a}: Cinsiyet sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkilemez

- Sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklentinin, katılımcıların cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği görülmüş, dolayısıyla H_0 kabul edilmiştir.

H_{1b}: Gelir durumu sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkiler

H_{0b}: Gelir durumu sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklenti düzeyini etkilemez

-Sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklentinin, katılımcıların gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüş, dolayısıyla H_0 kabul edilmiştir.

H_{1c}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hayat merkezinin bulunduğu ilçeye göre farklılık gösterir

H_{0c}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hayat merkezinin bulunduğu ilçeye göre farklılık göstermez

-Sağlıklı hayat merkezlerine yönelik algı ve beklentinin, bulunulan ilçeye göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmüş, dolayısıyla, H_1 kabul edilmiştir.

H_{1d}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hizmetlere başvuru sebebine göre farklılık gösterir.

H_{0d}: Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyi, hizmetlere başvuru sebebine göre farklılık göstermez.

-Sağlıklı hayat merkezlerine dair algı ve beklenti düzeyinin, başvuru sebebine göre farklılık gösterdiği görülmüş, dolayısıyla H_1 kabul edilmiştir.

Tüm bu bulgular doğrultusunda aşağıdaki unsurlar önerilmektedir;

- ✓Birinci basamak sağlık kurumlarında, pazarlama bakış açısının yerleşebileceği bir örgüt kültürü geliştirilmesi
- ✓Sosyal pazarlama unsurlarının, hizmet tanıtım ve toplumu bilgilendirme noktasında daha etkin kullanımı
- ✓Sosyal pazarlama anlayışının işletme bazında bir bütün olarak değerlendirilmesi, dolayısıyla bütünleşik pazarlama iletişimi unsurlarının doğru kullanılması
- ✓Çalışanların hasta ve hasta yakını iletişimi noktasında yetkinliğinin arttırılması
- ✓Hizmetler ile toplumun entegrasyonunu sağlayacak, işbirliklerine ve dayanışma kültürüne yatırımlar yapılması

✓SHM anlayışının, yerel yönetimler, eğitim kurumları ve dayanışma örgütleri ile birlikte, disiplinlerarası bir yaklaşımla yerleştirilmesi

✓Kurum imajını olumlu yönde geliştirecek, fiziki iyileştirmelerin (renk, koku, temizlik, konfor) ve güvenilir insan kaynağının birlikte tahsisi

✓Hasta takibinin efektif yapılabilmesi ve bekleme sürelerini azaltabilmek adına, teknolojinin etkin kullanılması

ÖZET

Sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmet sunmanın ötesinde, işbirlikleri ve toplumsal katılım ile birlikte, bireylerin kendi yaşam koşullarını düzenlemeleri üzerine bir farkındalık yaratma çabası içerisindedir. Sağlığı geliştirme kavramı, insanların kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek üzere, kendi kontrol alanlarını arttırma çabaları olarak ifade edilebilir. Sağlığı geliştirme ilkesi ve anlayışı artık yalnızca sağlık hizmetlerine bağlı olmanın ötesine geçip, sağlıklı yaşam biçimleri geliştirmeyi ve benimsemeyi ana aktörler olarak kabul etmektedir.

Bu araştırma, Türkiye'de Sağlıkta Dömüşüm Programı'nın ikinci fazında kurulmaya başlanan, sağlıklı hayat merkezleri ile ilgili toplum nezdindeki algı ve beklentiyi değerlendirmek üzere gerçekleştirilmiştir. Çalışma İstanbul'da hizmet sunmakta olan 9 adet sağlıklı hayat merkezi hizmet kullanıcıları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak 209 kişi katılmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan algı ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, toplumun sağlıklı hayat merkezlerinde sunulan hizmete yönelik kalitesi algısının olumlu olduğu ancak bilgi ve farkındalık düşük olduğu görülmüştür. Algı ve beklenti düzeyinin, ilçe ve hizmetlere başvuru sebebine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Sağlıklı hayat merkezleri, hizmet ve programlarını programlarını mümkün olduğu kadar çok alıcı çekecek şekilde geliştirmeye çalışmalıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları edindirme, çevre koruma alışkanlığı kazandırma ve toplumsal birliktelik yaratma noktasında, sosyal pazarlama ve multidisipliner anlayışın tahsisi önem arz etmektedir. Hizmetler ile toplumun entegrasyonunu sağlayacak, işbirliklerine ve dayanışma kültürüne yatırımlar yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlığın geliştirilmesi, müşteri algısı, sosyal pazarlama, temel sağlık hizmetleri, sağlıklı hayat merkezi

THE EVALUATION OF PERCEPTIONS AND EXPECTATIONS OF HEALTHCARE CONSUMERS ON HEALTHY LIFE CENTERS

SUMMARY

Recently, healthcare services are in an effort to build self awareness on the individuals' ability to take responsiblity and regulate their own life conditions by a multidisciplinary approach. Health promotion is one of the oustanding approach which refers to an effort to increase individual control areas in order to protect and improve public health. The principle of health promotion now go beyond merely adhering to healthcare services. Recently, It is strongly related to development of healthy life styles.

This study aims to evaluate the perception of consumers on healtly life centers which has been established with the second phase of Health Transformation Program. The study has been conducted with 209 voluntary participants who benefit from nine centers in İstanbul. The scale was developed by the researchers based on literature and expert opinions. According to results, it was seen that the quality perception on services of healty life centers was high but contrary the level of awareness was fairly low. There was a significant difference between the location of healthy life centers and reason for application.

Healthy life centers should try to improve their services and programs to attract as many people as possible. Social marketing is the key component for attracting and convincing public to adopt healthy life behaviours, acquire environmental protection habits and build a social unity. It is proposed to invest on cooperation and solidarity culture and multidisciplinary partnerships.

Keywords: Health promotion, consumer's perception, social marketing, basic health services, healthy life centers.

KAYNAKLAR

1. WHO. Health Services. (http://www.who.int/topics/health_services/en/; Erişim Tarihi:15.12.2017)
2. WHO. Health Service Delivery (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf; Erişim Tarihi:15.12.2017)
3. WHO. Primary healthcare:now more than ever.Ceneva: WHO Library Cataloguing, 2008.
4. Habicht JP, Berman PA. Strategies in primary healthcare. American Journal of Public Health 1987;77(11):1396-1397.
5. Okorafor OA. Primary healthcare spending: striving,for equity under fiscal federalism. UCT Press, 2010.
6. WHO. Public health policy and legislation instruments and tools:an updated review and proposal for further research.WHO Regional Office for Europe, 2012.
7. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care and primary healthcare: what is the difference. Canadian Journal of Public Health 2006;97(5):409-411.
8. UN Deparment of Economic and Social Affairs. Sustainable development goals. (https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300: Erişim Tarihi:18.12.2017)
9. WHO. Monitoring health for the SDGS. Cenava: World Health Organization License, 2017.
10. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'neill C, Steel. Health system in transition: United Kingdom health system review. Denmark: World Health Organizatin, 2015.
11. Mossialos E, Wenzl M. International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund Publications, 2016.

12. SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf: Erişim Tarihi:25.12.2017)

13. NHS England. Understanding the new NHS. London: National Health Services, 2014.

14. NHS. Generel practitioners services. (https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/NHSGPs.aspx: Erişim Tarihi:28.12.2017)

15. Navarro RP, Cahill JA. Managed Care Pharmacy Practice. New York: Jones and Barlett Publishers, 2009

16. Pilzer PZ, Lindquist R. The end of employer provided health insurance: Why it's good for you and your company. New York: Wiley, 2014

17. Obermann K, Müller P, Müller HH, Schmidt B, Glazinski G. Understanding the German healthcare system. Mannheim Institute of Public Health. (http://miph.umm.uni-heidelberg.de/miph/cms/upload/pdf/GHCS_Kap._1.pdf: Erişim Tarihi:02.01.2018)

18. Busse, R. The German healthcare system. The Commonwealth Fund. (http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/resources/2008/health-care-system-profiles/germany_country_profile_2008_2-pdf.pdf: Erişim Tarihi:02.01.2018)

19. Hofmann, SM, Mühlenweg AM. Gatekeeping in German primary healthcare: impacts on coordination of care, quality indicators and ambulatory costs. Essen: Competence in Competition Health-CINCH Series, 2016.

20. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. Institute for Research and Information in Health Economics 2009;141:1-6.

21. Chevreul K, Brigham KB, Zaleski ID, Quevedo CH. Health system in transition France health system review. World Health Organization, 2015.

22. Ringard A, Sagan A, Sauned IS, Lindahl AK. Health system in transition Norway health system review. World Health Organization, 2013.

23. Dahl SR, Fischer J, Manavado L. Norway and health: an introduction. Norwegian Directorate of Health, 2012.

24. Aksakoğlu G. Norveç Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim 1995;9(64-64):113-121

25. OECD Statistics. (http://stats.oecd.org/# ;Erişim Tarihi:05.01.2018)

26. Forde I, Nader C, Dietrich KS, Oderkirk J, Colombo F. Primary care review of Denmark. OECD, 2016.

27. Denmark Ministry of Health. Healthcare in Denmark an overview. Ministry of Health, 2017.

28. King, HA. The primary health care strategy. New-Zeland Ministry of Health, 2011.

29. WHO News. Primary health care the New Zealand way. (http://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/08-030708.pdf; Erişim Tarihi:07.01.2018)

30. Çatak B, Sözmen MK. Yeni Zelanda sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı. Toplum ve Hekim 2006;21(5-6):408-412.

31. Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını, 1983.

32. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında sağlık hizmetleri. Ankara Ezcacılık Fakültesi Dergisi 2002;31(3):183-192

33. Öcek Z, Soyer A. Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz:2000-2004 Türkiye fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.

34. Yıldırım HH. Türkiye sağlık sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirme raporu. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları, 2013.

35. Aksakoğlu G. Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim Dergisi 2008;8:7-62.

36. SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Aile Hekimliği. (http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html; Erişim Tarihi:07.01.2018)

37. Akdağ R. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve temel sağlık hizmetleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008.

38. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25.01.2013 tarihli 28539 sayılı resmi gazete

39. Çalık B, Kaptanoğlu AY, İşçi E, Zengin O. Aile Sağlığı Merkezinin yönetim sürecinde aile hekimi ve sağlık yöneticisini rolü. Smyrna Tıp Dergisi 2012;25-27.

40. SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yıllığı 2015. Sağlık Bakanlığı, 2015.

41. SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yıllığı 2016. Sağlık Bakanlığı, 2016.

42. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitapevi, 2008.

43. Habertürk. Bakan Akdağ: sağlıklı hayat merkezleri tamamen ücretsiz. (http://www.haberturk.com/saglik/haber/1403025-bakan-akdag-saglikli-yasam-merkezleri-tamamen-ucretsiz ; Erişim Tarihi:10.01.2018)

44. Çelik Y. Sağlık ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2016.

45. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık işletmeleri yönetimi. İstanbul:Nobel Yayın Dağıtım, 2017.

46. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. Health Policy and Planning 2008;23:318-327.

47. Bandura, A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychology and Health 1998;13:623-649.

48. Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. Bağımlılık Dergisi 2000;1(1):38-42

49. Sur H, Palteki T. Hastane yönetimi. İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi, 2013.

50. Haviland WA, Prins HE, Walrath D, Mcbride B. Kültürel antropoloji. İstanbul:Kaknüs Yayınları, 2008

51. World Bank Health Data. (https://data.worldbank.org/topic/health; Erişim Tarihi:08.01.2018)

52. Akdur R, Çöl M, Işık A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk Sağlığı.Ankara:Antıp Kitapları, 1998.

53. Ateş M. Sağlık işletmeciliği. İstanbul:Beta, 2012.

54. Cragg L, Nutland W. Health Promotion Practice. New York: McGraw-Hill Education, 2015.

55. WHO. Milestones in health promotion statements from global conferences. World Health Organization, 2009.

56. Laverack G. Health promotion practice:building empowered communities. New York: McGraw-Hill Education, 2007.

57. Health Service Executive. The health promotion strategic framework. (http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf;Erişim Tarihi:12.01.2018)

58. WHO. 9th Global Conference on health promotion. (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/en/;Erişim Tarihi:12.01.2018)

59. WHO. Cities for health. World Health Organization Metropolis, 2014.

60. Shi L. Introduction to health policy. New York: Health Administration Press, 2014.

61. WHO Regional Office for Europe. Health literacy solid facts. World Health Organization, 2013.

62. Dhillon HS, Philip L. Health promotion in developing countries. Sundsvall Conference on Supportive Environments Briefing Book, 1991.

63. Starfield B. Politics, primary healthcare and heatlh: was Virchow right. Journal of Epidemiology and Community Health 2011;65(8):653-665.

64. Declaration of Alma Ata. (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf; Erişim Tarihi:14.01.2018)

65. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention-WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community Dental Health 2004;21:319-329

66. Kıvanç, MM. Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;3(2):163-166.

67. Sundsvall Statement on Supportice Environment for Health. Sundsvall: Third International Conference on Health Promotion, 1991.

68. WHO. Jakarta declaration on leading health:promotion into the 21st century. (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/;Erişim Tarihi:15.01.2018)

69. Catford J. Health promotion international. Oxford Journals 2006;21(1).

70. Chan M. The future of public health lies in cities. (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/chan-public-health-future/en/;Erişim Tarihi:17.01.2018)

71. WHO. Global health promotion conferences. (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/; Erişim Tarihi:17.01.2018)

72. CHRODIS. A comperative overview of key policies, approaches, gaps and needs.Brussel: Chronic Diseases and Health Ageing Accross The Life Cycle, 2015.

73. Derbyshire. Working with families.(http://www.dchs.nhs.uk/our-services/find_services_by_topic/cyph/working_with_families; Erişim Tarihi:20.01.2018)

74. Soni A, Bailey V. The NHS's role in the public's health: a report from the NHS future forum. London: NHS Future Forum, 2011.

75. Public Health England. Health promotion for sexual and reproductive health and HIV. London: PHE Publications, 2015.

76. Happe K. Public health in Germany: structures, developments and global challenges. Berlin: Deutsche Akademie der Naturforscher Laopoldina, 2015.

77. Busse R, Blümel M. Health system in transition: Germany health system review. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

78. U.S. Deparment of Health and Human Services. Healthy People 2000 Review. Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

79. Shi L, Singh DA. Delivering health care in America: a system approach. New York: Jones and Barlett Learning Publishers, 2014.

80. Tengilimoğlu D. Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 2000 ;55(1):187-202.

81. Kotler P, Wong V, Saunders J, Armstrong. Principles of Marketing. Harlow: Prentice Hall, 2005

82. Burnett J. Core Concepts of Marketing. Creative Commons. Zurich: Wiley Publications, 2008.

83. Stone MA, Desmond J. Fundementals of Marketing. New York: Routledge Publications, 2007.

84. Berkowitz EN. Essentials of health care marketing. London: Johns and Barlett Learning Publishers, 2010.

85. Mucuk İ. Pazarlama ilkeleri. İstanbul:Türkmen Kitapevi, 2006.

86. Yılmaz E. Marka imajı. İstanbul: Türkmen Kitapevi, 2011.

87. Kaya S, Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, Yılmaz A. Sağlık kurumlarında kalite yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 2013.

88. Tengilimoğlu D. Sağlık hizmetleri pazarlaması. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2016.

89. Papatya G, Papatya N, Hamşığolu AB. Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti: iki özel hastanede karşılaştırmalı bir araştırma. Sosyal Bilimler Dergisi 2012;2(1):87-108.

90. Lam SK. SERVQUAL: a tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. Total Quality Management 1997;8(4):145-152.

91. Donebedian A. The quality of care: how can it be assessed?. Journal of American Medical Association 1988;260(12):1743-1748.

92. Ünaldı N. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda itibarın önemi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;2(2):100-108.

93. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. Journal of Marketing 1971;35:3-12.

94. Lee NR, Kotler P. Social marketing: Influencing behaviors for good. London: SAGE Publications, 2011.

95. Evans D. How social marketing works in healthcare. British Medical Journal 2006;332:1207.

96. Cheng H, Kotler P, Lee NR. Social marketing for public health. London: Jones and Barlett Learning Publishers, 2009.

97.The Community Guide. Health communication and health information technology. (https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Health-Communication-Health-Information-Technology.pdf: Erişim Tarihi: 20.01.2018)

98.Evans WD, Price S, Blahut S. Evaluating the truth brand. Journal of Health Communication 2005;10(2):181-192.

99.Güriş S, Astar M. SPSS ile istatistik. İstanbul:Der Yayınları, 2014.

100..Dona H. Confirmatory factor analysis. Oxford: Oxford University Press, 2009.

101.Karagöz Y. SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik "Tıp, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık bilimleri için. İstanbul:Nobel Yayıncılık, 2014.

102.Frances N. Framework for patient and public participation in primary care commissioning. NHS England, 2016.

103.Aetna. Health care trends.Hartford: Aetna News, 2018.

104.Nsanga F, Ahairwe D, Ngabirano T, Magoola J, Tamale J. Using mobile phone technology to increase Access to clinical counseling and testing services through the sms services locator. World Social Marketing Conference Proceedings, 2017.

105.TMF. Digital health best practices for policy makers. (http://tmfinstitute.org: Erişim Tarihi:25.03.2018)

106.Saraçlı TS. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli değerlendirmesi: İzmir ili pilot uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Ensititüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010.

107.Bostan S, Havvatoğlu K. Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memuniyet Araştırması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(4)

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Basamağına Göre Yıllık Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları 17
Şekil 2. Sağlığın Belirleyicileri 18
Şekil 3. Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi. 19
Şekil 4. Sağlığı Geliştirme Uygulama Alanları 24
Şekil 5.Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Pazarlama Süreci 37
Şekil 6.Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı 41
Şekil 7.Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı 42
Şekil 8. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı 42
Şekil 9. Katılımcıların İlçelere Göre Dağılımı 43
Şekil 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Ölçeğin Yapısı 46

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Anlayışı 6
Tablo 2. SKH 2030 Doğrultusunda Sağlığı Geliştirme Adımları 7
Tablo 3.Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kuruluş Sayıları 16
Tablo 4. Ülkelere Dair Ekonomik ve Sağlık Göstergeler, 2015 21
Tablo 5. Ürün ve Sağlık Hizmetleri Pazarlaması 33
Tablo 6. Kaiser Meyer Olkin ve Barlett Küresellik Test Sonuçları 44
Tablo 7. Önermeler ve Faktör Yükleri 44
Tablo 8. Ölçek Boyutları ve İlgili Önermeler 45
Tablo 9. Ölçeğin Uyum İndeksleri 46
Tablo 10. Ölçeğe Ait İç Tutarlık Analiz Sonucu 47
Tablo 11. Ölçek Boyutlarına Göre Alınan Puanların Dağılımı 47
Tablo 12. Önermelerin Almış Oldukları Ortalama Puanlar 49
Tablo 13. Ölçek Boyutlarının SHM'lerin Bulundukları İlçelere Göre Değerlendirilmesi 50
Tablo 14. Ölçek Boyutlarının SHM Hizmet Başvuru Sebebine Göre Değerlendirilmesi 52
Tablo 15. Ölçek Boyutlarının Diğer Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi 54

ÖZGEÇMİŞ

Tez yazarı Şeyda ÇAVMAK, 1993 yılında doğmuştur. Lise öğrenimini Necati Kurmel Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. 2011-2015 döneminde İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünü birinci olarak tamamlayan araştırmacı 2015 Güz döneminde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilimdalında yüksek lisans programına başlamıştır. Araştırmacının Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Kavramı, Sağlık Hizmetlerinde Veri Zarflama Analizi Ve Modelleri, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı adlı makaleleri mevcuttur.

EKLER

EK-1. Veri Toplama Formu

KULLANICILARININ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZLERİNE DAİR BEKLENTİ VE ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ

Cinsiyet : Erkek ( ) Kadın ( )

Yaş: **Sosyal Güvence:**

Eğitim: **İlçe:**

Gelir Durumu: 1400-2000 ( ) 3100-4000 ( )
2100-3000 ( ) 4100- üzeri ( )

SHM Sunulan Hizmetlerden Nasıl Haberdar Oldunuz?

( ) Aile hekimim bilgilendirdi.
( )Tanıtım broşüründe gördüm
( ) Arkadaşımdan öğrendim,web sitesini inceledim
( ) TV programlarından öğrencim
( )Diğer (Açıklayınız)

SHM'ye Başvurma Sebebiniz Nedir?

( ) Diyabet, hipertansiyon gibi Kronik hst takibi için
( ) Beslenme planı almak için
( ) Fizyoterapistten terapi almak için
( ) Sağlığımı kontrol ettirmek (check-up) için
( ) Diğer

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
SHM'lerde bekleme süresi azdır.				
SHM temizdir ve bekleme alanları-terapi odaları vb. Konforludur.				
SHM'de görevli sağlık çalışanlarının bilgisine güvenirim				
SHM'lerin yaygınlaştırılması gerekir.				
SHM'ler 24 saat hizmet sunmalıdır.				
Ayakta sağlık hizmeti ihtiyacımda hastaneye hastaneye gitmek yerine öncelikle SHM'ye gitmeyi tercih ederim.				
SHM tanıtım çalışmalarının yeterli olmadığını düşünüyorum.				
SHM'ler sağlıkta farkındalık bilincinin gelişmesine katkı sağlayacaktır.				

SHM'lere erişim için servis imkanının olması kolaylık sağlamaktadır.				
SHM'ler aile hekimliğinin ve hastanelerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.				
SHM acil servislerin yükünü azaltmak için kurulmuştur.				
Shm çalışanları hasta/hasta yakınlarıyla yakından ilgilenmektedir.				

Açık uçlu: Sağlıklı hayat merkezlerinden beklentileriniz nelerdir?

Ek-2.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/285	
	PROTOKOL ADI	Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sağlıklı Hayat Merkezlerine Dair Algılarının ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 20/30** **Tarih:22.11.2017**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Şeyda ÇAVMAK'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.