



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ**

İmren DEMİRTAŞ
ORCID: 0000-0001-8133-291X xxxx

Danışman
Doç. Dr. Aydan YÜCELER
ORCID: 0000-0002-4322-4528

İkinci Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Melek YAĞCI ÖZEN
ORCID: 0000-0003-0314-247X

Konya-2024



ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Öncelikle tez dönemi boyunca sabırla bana yardımcı olmaya çalışan, isteklerim doğrultusunda hareket eden ve bilgisiyle yoluma ışık tutan çok değerli Doç. Dr. Aydan YÜCELER hocama teşekkürü bir borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca daima bana destek olan, her zaman yanımda olan hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim biricik anneme teşekkür ederim.

İmren DEMİRTAŞ



İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI.....	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ.....	viii
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.1. Sağlık okuryazarlığı boyutları	6
2.1.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler.....	7
2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	9
2.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı.....	13
2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	16
2.5. Hizmet Kalitesi	21
2.5.1. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi.....	23
2.6. Hizmet Kalitesinin Önemi ve Boyutları	26
2.7. Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi.....	29
2.8. Hizmet Kalitesinin Ölçümü.....	35
3.GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1.Araştırmanın Amacı.....	39
3.2.Veri Toplama Aracı	39
3.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi	40
3.4.Güvenirlilik Analizi	41
3.5.Verilerin analizi	41
4.BULGULAR	43
4.1.Katılımcıların Tanımlayıcı İstatiksel Bilgilerine Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması Durumlarının Karşılaştırılması.....	44
4.1.1.Cinsiyete göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	44
4.1.2.Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	45
4.1.3.Hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması...48	
4.1.4.Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş durumuna göre karşılaştırılması	49
4.1.5.Hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş durumuna göre karşılaştırılması	51

4.1.6.Medeni duruma göre ölçek alt boyut ve puanlarının karşılaştırılması.....	53
4.1.7.Kronik hastalık durumuna göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	54
4.1.8.Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut puanlarının meslek kategorilerine göre karşılaştırılması	55
4.1.9.Hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının meslek durumuna göre karşılaştırılması..	56
4.2.Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyi	59
5.TARTIŞMA.....	52
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuç.....	56
6.2. Öneriler	57
7.KAYNAKLAR	58
8.EKLER	66
8.1. EK1 Etik Kurul Kararı.....	66
8.2. EK2 Anketler.....	67

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **İmren Demirtaş**'ın “**Sağlık Okuryazarlığı ve Algılanan Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki: Bir Özel Hastane Örneği**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

25/09/2024

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Aydan Yüceler NEÜ N.K. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Şerife Didem Kaya NEÜ N.K. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Fatma Özlem Yılmaz Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kuruluşunda Muhasebe ve Finansman Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 02/10/2024 tarih ve 22/21 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Sağlık Okuryazarlığı ve Algılanan Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki: Bir Özel Hastane Örneği başlıklı tez çalışmamın toplam **66** sayfalık kısmına ilişkin, 25/09/2024 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%23** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

25/09/2024

İmren Demirtaş

Doç. Dr. Aydan Yüceler

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

25/09/2024

İmren DEMİRTAŞ

KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

HKÖ: Servperf Hizmet Kalite Ölçeği



TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1 Farklı Araştırmalar Perspektifinde Sağlık Okuryazarlığının Boyutları	7
Tablo 2.2. Türkiye ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Karşılaştırması	18
Tablo 2.3 Health Literacy Trends from 1995 to 2020	19
Tablo 2.4 Kalite Tanımları	21
Tablo 2.5 Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	27
Tablo 3.1 $\alpha= 0.005$ İçin rneklem Büyüklükleri	40
Tablo 3.2 alışmada Kullanılan lekler ve Alt Boyutlarının Cronbach’s Alpha Değerleri...41	
Tablo 3.3 lek ve alt boyutların arpıklık ve Basıklık Değerleri.....41	
Tablo 4.1 Katılımcılara Ait Tanımlayıcı İstatistiki Bulgular.....43	
Tablo 4.2 Katılımcılara Uygulanan leklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistiki Bulgular	44
Tablo 4.3 Katılımcıların cinsiyete göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 4.4 Katılımcıların eğitim kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....45	
Tablo 4.5 Katılımcıların eğitim kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....48	
Tablo 4.6 Katılımcıların yaş kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 4.7 Katılımcıların yaş kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	51
Tablo 4.8 Katılımcıların medeni durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....53	
Tablo 4.9 Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması ...54	
Tablo 4.10 Katılımcıların meslek kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....55	
Tablo 4.11 Katılımcıların meslek kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....57	
Tablo 4.12 Katılımcılara Uygulanan lek ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Düzeyleri	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	8
Şekil 2.2 Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları	11
Şekil 2.3 Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	24
Şekil 2.4 Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri	25



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

İmren Demirtaş

Konya-2024

Sağlık Okuryazarlığı son dönemde önemi artan bir kavram olarak bireyin sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlayabilmesi ve sağlığını geliştirmeye, iyileştirmeye yönelik adımlar atmasıdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artması tedavi sürecini, maliyetlerin azalmasını, doktor-hasta uyumunu ve toplum sağlığını pozitif yönlü olarak etkileyecektir. Bu araştırma da sağlık okuryazarlığı ile bireylerin algıladıkları Hizmet Kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yapılan literatür taramasında sağlık okuryazarlığı ile algılanan hizmet kalitesini inceleyen az sayıda araştırma olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın özgün bir çalışma olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma, Ankara İlinde bulunan bir özel hastaneye muayene olmak için gelen 18 yaş üstü bireylere anket çalışması yapılarak gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda 376 kişiden veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Hizmet Kalite Ölçeği ve demografik özelliklerin alındığı üç bölümden oluşan bir anket kullanılmıştır. Araştırmada verilerin analizi için IBM SPSS İstatistik 26 versiyonu kullanılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine verilen düşük puan 25 en yüksek puan 125 olarak ele alındığında 103,76 puan ile katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Hizmet Kalite Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Hizmet Kalite Ölçeği alt boyutları ile arasında düşük düzeyde (fiziksel özellikler $r=0,154$, güvenilirlik $r=0,224$, heveslilik $r=0,214$, güven $r=0,167$, empati $r=0,196$) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmamıza göre yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi azalmakta ancak hizmet kalitesi algısı artmaktadır. Bununla birlikte eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı fakat algılanan hizmet kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve tüm alt boyutlarının meslek kategorilerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p>0,05$). Araştırmamız sınırlı bir alanda gerçekleştirilmiş olup sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalitesi alanında daha çok çalışmanın yapılması gereken önemli kavramlardır.

Anahtar Kelimeler: Ankara İli, Hizmet Kalitesi, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Health Management
Health Management
Master Thesis

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND PERCEIVED SERVICE QUALITY: A PRIVATE HOSPITAL CASE

İmren Demirtaş

Konya-2024

Health literacy, which has recently gained importance, is the ability of individuals to read and understand health-related information and take steps to improve and maintain their health. Increasing individuals' levels of health literacy will positively affect the treatment process, reduce costs, enhance doctor-patient compliance, and improve public health. This study aims to evaluate the relationship between health literacy and perceived service quality. A literature review revealed that there are few studies examining health literacy and perceived service quality together, indicating that this study will be an original contribution to the literature.

The research was conducted by surveying individuals over the age of 18 who came for an examination at a private hospital in Ankara. Data were collected from 376 individuals. The data collection tool was a questionnaire consisting of three sections: the Health Literacy Scale, the Service Quality Scale, and demographic characteristics. IBM SPSS Statistics version 26 was used for data analysis. When considering the Health Literacy Scale scores, with the lowest score being 25 and the highest 125, it was found that the participants had a high level of health literacy, with an average score of 103.76. A low level positive and statistically significant relationship was found between the Health Literacy Scale and the sub-dimensions of the Service Quality Scale (physical features $r=0.154$, reliability $r=0.224$, enthusiasm $r=0.214$, trust $r=0.167$, empathy $r=0.196$) ($p<0.05$). According to our study, as age increases, health literacy levels decrease, but the perception of service quality increases. Additionally, it was found that as the level of education increases, health literacy levels increase, but perceived service quality decreases. Significant differences were found in health literacy and all its sub-dimensions according to occupational categories ($p>0.05$). Our research was conducted in a limited area, and health literacy and service quality are important concepts that require more studies

Keywords: Ankara Province, Health Literacy, Service Quality,



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz dünyasında okuryazarlık yalnızca okuma yazma bilmek değil aynı zamanda bilgilerin öğrenebilme düzeyini ifade etmektedir (Sabırcan, 2020). Halk sağlığı hedeflerinden biri olan sağlık okuryazarlığı, temel sağlık bilgilerine sahip olma, sağlık hizmetlerine erişebilme ve sağlıkla ilgili kararlar alabilecek düzeyde olma durumunu ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı ‘İnsanların sağlık hastalığı önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili günlük yaşamda karar verme ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri’ olarak tanımlanabilir (Temür & Aksoy, 2022). Sağlık hizmetine başvuran bireylerin giderek sağlık konusunda bilinç düzeylerinin arttığı bilinmektedir. Bu nedenler doğrultusunda bireylerin, hem kendi sağlık durumlarından büyük oranda sorumlu olmaları beklenir hem de sağlıklarıyla ilgili konularda karar alma süreçlerine katılmaları beklenir. Bireyin sağlıkla ilgili kararlar sürecine katılması etik sebeplerden dolayı önemlidir. Bu karar sürecine katılım hastanın memnuniyetine artırırken, anksiyete düzeyinin azalması beklenmektedir (Uruç Öztürk, 2019). Sağlık kuruluşlarının yapısı gereği karmaşık bir sisteme sahiplerdir. Bu bakımdan içeriği, girdileri, süreçleri ve sonuçları diğer sektörlere göre daha farklıdır. Aynı zamanda hekimler ve sağlık personelinin eğitim süreci, kullanılan araç gereçler bakımından diğer sektörlere oranla maliyeti yüksek bir sektördür. Sağlık sektöründe hata kabul edilmediği düşünüldüğünde, ana amaç etrafında yüksek verimlilik alabilmek daha da önemli hale gelmektedir. Bunun sonucunda insan faktörünün etkisiyle tüm süreçlerde hizmet kalitesinin değerlendirilmesi zorunlu hale gelmektedir (Taş, 2012). Sağlık hizmetlerinde hastalar aldıkları hizmeti değerlendirmede bir takım sorunlar yaşamaktadırlar. Bunun en önemli nedeni aldıkları hizmetle ilgili yeterli teknik bilgiye sahip olmamalarından kaynaklanmaktadır (Papatya, Papatya, & Hamşioğlu, 2012).

Aydın ve Yıldırım (2012) yaptığı çalışmada hastaların beklentileri ile algıladıkları hizmet kalitesi arasında anlamlı farklılar tespit etmişlerdir. Bu aradaki farkın bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça aldıkları hizmetlerin kalitesinin düzeyini anlama dereceleri artacağı düşünülmektedir. Özel hastanelerde bu ayrımı yapabilmek çok önemlidir. Bu sayede özel hastanelerde hizmet kalitesini artırma ve müşteri memnuniyetine yönelik çalışmalar gerçekleştirilebilir. Literatür incelendiğinde Sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin araştırması bakımından araştırmaların az olduğu göze çarpmaktadır. Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalitesi arasındaki ilişki irdelenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığın tanımını şu şekilde yapmıştır: ‘Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.’ Daha sonra bu tanıma ‘sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme’ de ilave edilmiştir. ‘Sosyal yönden tam bir iyilik hali’ kavramına baktığımızda aslında sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını aynı zamanda toplumsal yönünde varlığını görmekteyiz. Kişinin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması kişinin sosyal yaşantısında sorunlarının olmaması demektir. Bu bakımdan kişinin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olabilmesi için çalışma hayatında sıkıntılarının olmadığı, güven içerisinde olduğu, adaletli bir gelir dağılımının olduğu bir toplumda yaşaması gerekmektedir. (Kesgin & Topuzoğlu, 2006).

Sağlık kavramı subjektif ve objektif olarak iki ana başlığa ayrılmaktadır. Subjektif sağlık bireylerin kendi sağlık durumlarını fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden algılama durumu olarak ifade edilebilir. Objektif sağlık ise yapılan çeşitli testler ve doktor muayenesi sonucunda kişinin hastalığının belirlenmesi durumudur. Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu tanıma göre bireylerin sağlıklı sayılabilmesi için hem objektif hem de subjektif olarak sağlıklı olmaları gerekmektedir (Atlı & Yücel, 2018).

1950 yılında yapılan ilk tanımında okuryazarlık, temel okuma ve yazma becerisi olarak ifade edilmiştir. İlk bakışta okuma ve yazma becerisi olarak algılansa da okuryazarlık kavramı bundan daha fazlasını ifade etmektedir. Okuma-yazma becerisini bir dile ait metinleri okunması veya yazılması olarak ele alınırsa okuryazarlık kavramı bu metnin içeriği hakkında anlam bağlamlarının oluşturulmasını ifade eder. Daha basit bir anlatımda kişi yazılı materyalleri okuyabilir fakat uzmanlık gerektiren bir metinle ilgili güçlük çekebilir (Özer, 2018).

Unesco İstatistik Enstitüsünün yayımladığı son veriler son yıllarda okuryazarlık oranlarında bir iyileşmeyi işaret ediyor. Dünya nüfusunun %86’sından fazlasının 1979’daki %68’e kıyasla okuma yazma bildiğini gösteriyor. Buna rağmen dünya çapında en az 754 milyon yetişkin hala okuyup yazamıyor, bunların üçte ikisi kadın ve 250 milyon çocuk temel okuryazarlık becerilerini edinemiyor (UNESCO, 2024).

Sağlık Okuryazarlığı kavramı ilk kez S.K. Simonds tarafından 1974 yılında *Health Education as Social Policy* kitabında kullanılmıştır. 1990 yılına gelindiğinde bireylerin sağlığına olumlu anlamda etki edeceği düşüldüğünden tekrar ele alınıp, tartışılmaya

başlanmıştır. 2000'li yıllara gelindiğinde konuyla ilgili araştırmalar ve uygulamalar artmaya devam etmiştir (Sezgin, 2013). Sağlık okuryazarlığı kavramı başlarda ABD ve Kanada'da tartışılmaya başlansa da daha sonra tüm dünyada tartışılmaya başlanmıştır. 2008-2013 AB (Avrupa Birliği) Sağlık Stratejisinde de sağlık okuryazarlığının önemi vurgulanmıştır ve öncelikli eylemler arasında belirtilmiştir (Kavuncuoğlu, 2020).

Avrupa sağlık politikaları geliştiren kurum kişi ve kuruluşlar arasında bu kavrama olan ilgi artsa da Avrupa'da bu konuya ilişkin bilgiler halen yetersiz kalmaktadır. Belli başlı çalışmalar dünya çapında sağlık okuryazarlığının yetersizliğine dikkat çekerken AB için sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin veriler mevcut değildir. Bu eksikliği ilişkin yetersizliği gidermek adına AB üyesi 9 kuruluştan oluşan konsorsiyum (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) ilk karşılaştırmalı Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasını yürütmek için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesini başlatıldı. Bunun sonucunda sağlık okuryazarlığı hakkında kapsamlı bir literatür çalışması geliştirildi ve en kapsamlı kanıta dayalı boyutlarını ana öncülleri ve sonuçlarıyla birlikte yakalayan kavramsal model geliştirildi (Sørensen, ve diğerleri, 2015). Ayrıca 2012 yılında gerçekleştirilen bu çalışmada ülkelerin %2-%27 arasında sağlık okuryazarlık seviyesinde yetersizlik saptanmıştır. Bu noktada ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (Say, 2020).

Sağlık okuryazarlığı temelde okuryazarlık kavramına dayanmaktadır ve genel anlamda sağlık ve sağlık hizmetlerinde okuryazarlığı ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı için temel okuryazarlık düzeyinin gerekli olduğu göz önüne alındığında, okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlığının da düşük olacağını varsayabiliriz (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirmesi ve iyileştirilmesini amaçlarken aynı zamanda sağlık eğitiminin bir sonucu olarak hem kişisel hem sosyal faydaları barındıran bir konu olarak görülüp ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bir konuda eleştirel düşünme, analiz, karar verme ve problem çözme gibi bilişsel becerilerin yanında bireylerin kişisel sağlık durumlarını ve içinde buldukları toplumun sağlık durumunun yükseltilmesinde bireyleri güçlendirmektedir (Güllü, Yücel, İşbilir, & Aslan, 2023).

Bazı tanımlarda bireyin sağlıkla ilgili görevleri yerine getirebilmek için ihtiyaç duyacağı belirli becerileri ima ederken bazılarında ise spesifik olarak bu özelliklere atıfta bulunmaktadır. Bu özellikler arasında farklılıklar olsa da genel anlamda sağlıkla ilgili kararlar

alma, sağlıkta işlevsellik bakım ortamı veya sağlığın teşviki ve sürdürülmesi özellikleri ele alınmaktadır (Berkman, Davis, & McCormack, 2010). Sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin okuma kapasitesi olarak ele alınırsa bireyin okuma yeteneği ve kelime bilgisi yeterli olacaktır. Fakat sağlık okuryazarlığı bireylerin iletişim kapasitesi ve sağlık sistemi arasındaki ilişki olarak ele alındığında bireylerin hem kapasitesine hem de işlemsel becerilerine ihtiyaç duyulacaktır (Yılmazel & Çetinkaya, 2016). Öte yandan yeterli okuryazarlığa sahip bireylerin bile sağlık okuryazarlığı bakımından yetersiz kaldıkları görülmüştür. Bu bağlamda bireylere sağlık hizmetlerinde kullanılan okuryazarlık daha karmaşık ve zor gelebilmektedir (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA) sağlık okuryazarlığı tanımını 'bireylerin *sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için temel okuma ve sayısal işlem becerileri de dahil sağlık için gerekli olan bilgi ve kabiliyetler dizisidir.*' şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca bireylerin ilaç şişeleri ve randevu formlarını da okuyup anlayabilmeleri de bu tanıma dahildir (Arıkan, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Sağlık Okuryazarlığını, bireylerin kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam standartlarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını geliştirmek için gerekli olan bilgi, beceri ve güven düzeyine ulaşma olarak ifade etmiştir (İmproving Health Literacy, 2017).Sağlık okuryazarlığı, okuduğunu anlayabilme ve sağlık bilgileri ile sağlık hizmetleri ve sonrasında sağlık hizmetlerini takip eden tedaviler için uygun kararları alabilme yeteneğidir (Weiss, 2003).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı kavramı '*sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler*' şeklinde tanımlanmıştır (Görgülü, 2023).

Sağlıklı İnsanlar 2030 Sekreter Danışma Komitesi, sağlık okuryazarlığının, bir toplumun, insanların kolayca bulabileceği, anlayabileceği, kararlarını ve eylemlerini bilgilendirmek için kullanabileceği doğru sağlık hizmetleri sağladığında ortaya çıktığını belirtmektedir. Bu tanım, sağlık okuryazarlığı çalışmasının odağını, insanların sağlık okuryazarlığı becerilerini ölçmek ve değiştirmek için müdahale etmekten, sağlık okuryazarlığı

sorunlarını ve engellerini ele almak için profesyonel, organizasyonel ve toplum düzeyindeki uygulamaları ve politikaları ölçmeye değiştirmeye kaydırır (Platter, Kaplow, & Baur, 2022).

Bazı uzmanlar sağlık okuryazarlığını dinamik bir kavram olarak ele almaktadır. Zarcadoolas ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığını ‘insanların sağlık bilgilerini kullanmayı geliştirdikleri geniş beceri yelpazesi’ olarak tanımlamıştır. Bu durum bireylerin karşılaştıkları çeşitli sağlık koşulları ve seçimleri konusunda deneyim kazandıkça sağlık okuryazarlığının değişebileceği ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeniden ölçülüp değerlendirilmesi gerektiği anlamına gelir (Berkman, Davis, & McCormack, 2010).

Sağlık okuryazarlığı tüm bireyleri ilgilendiren bir kavramdır. Fakat hekim olmayan bir kişinin kendisini hekim yerine koyması anlamına da gelmemektedir. Bu bakımdan tıp bilgisine yaklaşma veyahut yaklaşabilme çabası da değildir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi her ne kadar yüksek olursa olsun birey kendi hastalığını teşhis ya da tedavi edemez. Bu nokta da birey sağlığına kavuşmak için ne yapması gerektiğini, kendisini nelerin hasta edebileceğini, sağlık hizmeti sunucularına nasıl ulaşacağını, bu sunucularla nasıl bir iletişim geliştireceğini, yazılı ve görsel medyayı bu amaçla nasıl kullanabileceği konusunda geniş bir yelpazede, gerekli olan sağlık bilgisine sahip olmasıdır (Sağlık Okuryazarlığı, 2018). Tüm bunların ışığında Sağlık Okuryazarlığı broşür okuyabilme ve randevu almaktan çok daha fazlası anlamına gelmektedir (Improving Health Literacy, 2017).

2.1.1. Sağlık okuryazarlığı boyutları

Sağlık okuryazarlığının boyutlandırma konusunda farklılıklar meydana gelse de genel manada fonksiyonel, iletişimsel(interaktif)ve eleştirel olmak üzere 3 boyutta incelenmektedir (Yalçın Balçık, Taşkaya, & Şahin, 2014).

Birinci boyut **fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı**; sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına dair bilgilerin iletilmesine dayanan geleneksel sağlık eğitiminin sonucudur. Sağlık okuryazarlığının bu boyutunda öğrenilen sağlık riskleri ve sağlık hizmetleri bilgilerinin geliştirilmesine dair sınırlı hedefler vardır. Daha çok bireysel fayda görülse de aşılama, tarama programlarına vb. katılım teşvikiyle toplumsal fayda da sağlanmış olacaktır (Nutbeam, 2000).

İkinci boyut olarak **iletişimsel(interaktif) sağlık okuryazarlığı**; ‘bilgiyi ayıklama, iletişimin farklı formlarını anlamlandırma ve değişen durumlara yeni bilgileri uyarlayabilme

becerisi' olarak ifade edilir (Akbolat, Kahraman, Erigüç, & Sağlam, 2016). Bu bireyler kendilerine verilen sağlık bilgilerini yetersiz görüp, diğer kaynaklardan ve sağlık sunucularından yeni bilgiler edinme arayışındadırlar (Atalı, 2023).

Son boyut olarak **eleştirel sağlık okuryazarlığı**; bireyin yaşamı üzerinde daha kontrollü hareket ederek elde ettiği bilgilere karşı daha bilinçli ve eleştirel yaklaşması olarak ifade edilebilir (Eroğlu, 2023, s. 24). Bu okuryazarlık türünde bireysel faydaları yanında toplumsal faydalarından daha açık bir şekilde yararlanılabilir. Bu nokta da sağlık eğitimi, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerine hareket etme konusunda bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirmeye yönelik olacaktır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığına ait diğer boyutlarla ilgili yapılan çalışmalar ve yılları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

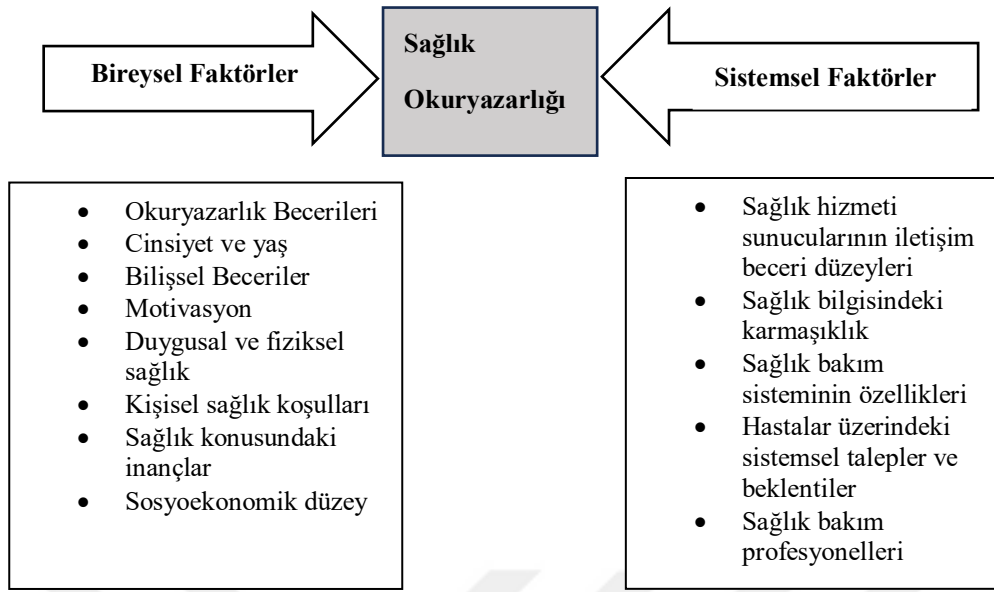
Tablo 2.1 Farklı Araştırmalar Perspektifinde Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

Kaynak	Boyutlar
Nutbeam (2000)	Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı Etkileşimli (İletişimsel) Sağlık Okuryazarlığı Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı
Ishikawa (2008)	Fonksiyonel İletişimsel Eleştirel
Balçık vd. (2014)	Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı
Yılmazel ve Çetinkaya (2016)	Tıbbi Kavramları Okuma Dinlediğini Anlama Analitik Düşünme ve Kararlar Alma Becerilerinin Eksikliği
Akbolat vd. (2016)	Fonksiyonel İletişimsel Eleştirel

Kaynak: (Eroğlu, 2023).

2.1.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Sağlık okuryazarlığı kişisel ve sistemsel faktörlerin karmaşık bir etkileşimidir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel faktörler olarak ikiye ayrılabilir (Arıkan, 2020).



Şekil 2.1 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler (Arıkan, 2020).

Sağlık okuryazarlığı temelde; yaş cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, hastalık süresi, sağlık sunucularına erişilebilirlik ve sağlık sisteminin komplike olması gibi birçok faktörle ilişkilidir (Uruç Öztürk, 2018). Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı görülmüştür. Yaşın artmasıyla birlikte bilişsel işlevsellikte azalma ve potansiyel sağlık bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (Berens, Vogt, Messer, Hurrelmann, & Schaeffer, 2016). Yaşlılıkla birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma artarken aynı zamanda morbidite ve mortalite oranları artar. Yaşlılardaki fiziksel ve bilişsel değişiklikler okuma, anlama ve verilen bilgilere göre hareket etme durumlarını etkiler. Yaşlılıkla birlikte görmenin azalması ve dolayısıyla okuma alışkanlığından uzaklaşılması ortaya çıkar. Düşük sağlık okuryazarlığı yaşlıları daha savunmasız hale getirebilir (Ashida, Goodman, Pandya, & Koehly, 2011).

Sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu bir diğer faktör kültürdür. Sağlık okuryazarlığı bireyin kültürel alt yapısına bağlıdır. Bireyler hekimlerden aldıkları bilgileri ve tavsiyeleri kendi kültürel donanımına göre algılayıp, değerlendirirler. Bireyler ait oldukları kültüre göre kendilerini ifade ederler. Bu bakımdan sağlıklı olmayı, hastalıklarının nedenlerini, korunma yollarını ve bu enformasyonları nasıl ifade edeceklerini içinde buldukları kültür içerisinde özümserler. Bunlara ek olarak sağlık teknolojilerine yaklaşımları dinsel ve kültürel kurallarla belirlenmiştir. Hekimden alınan enformasyonlar bu kuralların filtresinden geçecek ve o şekilde uygulanacaktır (Deniz, 2013). Kültürel faktörleri etnik grup, göçmenlik ve dil farklılıkları olarak sıralayabilir. Bu tip özellikler bireylerin kendilerini ifade etmesini etkilerken aynı zamanda

sağlıkla ilgili bilgileri okumayı, yazmayı ve anlamayı zorlaştırmaktadır. Kişinin bireysel özellikleri (görme, işitme, konuşma, hafıza, anlamlandırma), fiziksel ve sosyal becerileri de sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Bireyin bu becerilerindeki azalma veya zayıflık bireyin düşük sağlık okuryazarlığına sebebiyet verirken aynı zamanda sağlığının da olumsuz etkilenmesine yol açacaktır (Tekbaş, Dal Yılmaz, & Pola, 2021).

Sağlık okuryazarlığı sağlık ve sağlık sunucuları hakkında eksik bilgi, sağlık sunucularına erişimin zayıflığı ve hastaneye yatış oranı ile ilişkilidir. Bu eksiklikler kötü sağlık sonuçlarını ve sağlıkta eşitsizliği meydana getirmektedir (Meherali, Punjani, & Mevawala, 2020). Yapılan birçok çalışmada sağlık okuryazarlığı ile yaş, eğitim, etnik köken ve gelir düzeyi arasında bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur (Morris, MacLean, & Littenberg, 2013). Eğitim ve gelir düzeyi sağlığın belirlenmesinde temel faktörlerdir. Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Sayım Bürosu 46,7 milyon Amerikalı yoksulluktan etkilendiğini belirlemiştir. Düşük gelirli insanların sağlık hizmetlerine ulaşımındaki zorluklar kronik hastalıklarla karşı karşıya kalması ve düşük yaşam beklentilerini ortaya koymaktadır. Bunun yanında düşük gelire sahip bireylerin eğitim durumlarının zayıf olması beklenmektedir. Bu da kötü yaşam şartlarına, güvencesiz istihdam ve daha kötü çalışma şartlarını beraberinde getirmektedir. Diğer yandan bu bireylerde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı zayıf kalmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine ulaşım da güçlükler yaşanması, ilaç talimatlarına uyum göstermekte zorlanma, hastaneye yatış ve ölüm oranlarındaki artış ve genel olarak kötü sağlık çıktılarıyla ilişkilendirilmektedir (Schaffler, ve diğerleri, 2018).

Almanya'da yapılan bir çalışmada Alman nüfusunun %54'nün düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu oran göçmen kökenli kişilerde %71 olarak bulunmuştur. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında ilişki bulunmuştur (Chakraverty, ve diğerleri, 2020, s. 2). Araştırmalarda erkeklerde sağlık okuryazarlığının yaş, eğitim, aile geliri ve tedavi süresi ile ilişkilendirirken kadınlarda ise yaş ve eğitim ile ilişkilendirilmiştir (Sun, ve diğerleri, 2022).

2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı eşitliği güçlendirir ve yönlendirir. Bireylerin yaşamları boyunca hayat kalitelerini korumak ve iyileştirmek için sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından karar vermek ve karar vermek için bilgiye erişmek, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama konusunda bilgi, motivasyon ve yeterlilik gerektirir. Sağlıkta eşitlik, zenginlik, güç veya prestij gibi sosyal avantaj/dezavantaj

düzeylerinin farklı olduğu gruplar arasında sağlıkta sistematik eşitsizliklerin olmaması ile ilgilidir. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığının ele alınarak farklı gruplar arasındaki eşitsizliklerin çözülmesi ve bu gruplar arasında eşit haklar sağlanmasını gerektirmektedir (Sorensen, Karuranga, Denysiuk, & McLernon, 2018).

Sağlık okuryazarlığı iyi sağlık sonuçlarına ulaşma yolunda en önemli zorluklardan biridir. Yeni bir kavram gibi görünse de sağlık okuryazarlığı iyi bir sağlığa ulaşma yolunda en önemli zorluklardan biri olduğundan halk sağlığı gündeminin en üstünde yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık sonuçlarının ve sağlık hizmeti kullanımının önemli bir belirleyicisidir. Temelde bireylerin sağlık bilgilerine erişimi ve bu bilgileri etkili bir şekilde kullanma kapasitelerini iyileştirme çabası olduğu açıktır ve bireyleri güçlendirmede kritik öneme sahiptir. Buradan hareketle sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık hizmetlerine erişme ve bunları kullanma, sağlayıcılarla etkileşimde bulunma ve kendi başının çaresine bakabilme yeteneğini etkilemektedir (Muhanga & Malungo, 2017).

Hekim-Hasta iletişimi sağlık hizmetlerinde tıbbi bakımın temel bir yönü olarak kabul edilir. Ancak yapılan araştırmalar hastaların genellikle hekimlerin tıbbi talimatlarını anlamakta zorluk çektiklerini göstermektedir. Doktorlar görüşmeler esnasında tıbbi jargon kullanırlar ve hastalara bilgi verirken anlayıp anlamadıklarını teyit etmezler. Görüşmenin sonuna gelindiğinde hastalar doktorun verdiği bilgilerden çok azını hatırlar ve anlar. Hastalar hekimin yanından ayrılırken bundan sonra ne yapacakları konusunda kararsız olabilirler (Kripakani & Weiss, 2006).Sağlık okuryazarlığı hasta ile sağlık profesyonelleri arasında sorumlulukların paylaşılmasını ve iletişimin daha etkili ve kolay hale gelmesini sağlamaktadır.

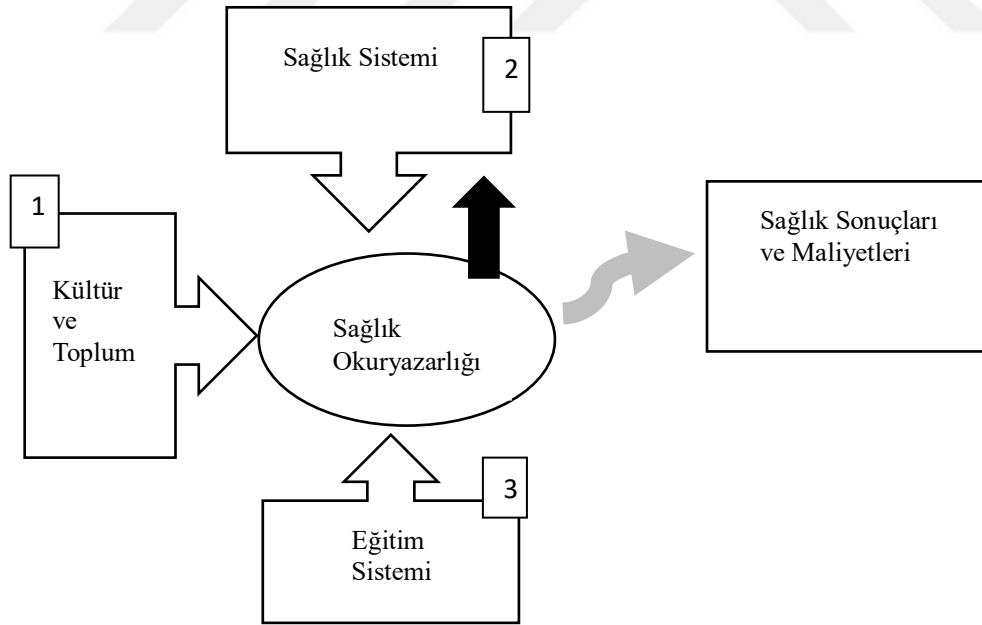
Günümüzde hastalar tedavi ve bakım kararlarına katılmak istemektedir. Bireyin bu nokta da bu süreci anlayabilmesi için sağlık okuryazarlığının yüksek olması büyük önem taşımaktadır (Yalçın Balçık, Taşkaya, & Şahin, 2014). Sağlık okuryazarlığı yüksek ve düşük olan bireyler arasında bir karşılaştırma yapıldığında sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hastane masraflarının arttığı, hastanede yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda gereksiz acil servis kullanımında arttığı görülmüştür. Bu durum gereksiz iş gücü kaybına neden olurken, maliyetlerin artmasına yol açmaktadır (Kendir Çopurlar & Kartal, 2016).

Bireylerin sağlık okuryazarlığının artması aynı zamanda hastalıklardan korunma konusunda bilinç düzeylerin artmasını sağlayacaktır. Artan tedavi maliyetleri ile

düşünüldüğünde, bireyler sağlıklarına gereken özeni gösterdiği takdirde erken tanı, teşhis ve tedavi sayesinde bu maliyetlerin önüne geçilecektir. Aynı zamanda bireyler hekimlerin uyguladıkları tedavilere bağlı kalarak ve de verdikleri ilaçları doğru kullanarak tedavide sağlıklı çıktılarının oluşmasına katkıda bulunacaklardır (Sarıyar & Fırat Kılıç, 2019). Hastaların doğrucu ilaç kullanımları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttur. Hastaların ilaç tedavisini doğru uygulamaları sağlık hizmetlerinde başarıyı beraberinde getireceği düşünülmektedir (Kaya, Kocaoğlu, & Yüceler, 2022).

Kanada da yapılan bir araştırmaya göre, bireylerin kendi hastalıkları ve yapılan tedavilerle ilgili 'daha az bilgili' olduğu ortaya çıkarken 16 yaş ve üzerindeki bireylerin %60'nın sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve tek başına karar verme konusunda 'yetersiz olduğu' görülmüştür (Yılmaz & Tiraki, 2016).

Bireylerin aldıkları eğitim, kültürel ve toplumsal faktörler ve sağlık sistemi potansiyel olarak sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmektedir. Tüm bu etkilerin sonucunda sağlık sonuçları ve maliyetler ortaya çıkmaktadır (Durusu Tanrıöver M. , Yıldırım, Demiray Ready, Çakır, & Akalın, 2014).



Şekil 2.2 Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları (Durusu Tanrıöver M. , Yıldırım, Demiray Ready, Çakır, & Akalın, 2014).

Helen Osborne 'Health Literacy From A to Z' kitabında sağlık okuryazarlığının günümüzde neden önemli olduğunu birkaç madde ile belirtmiştir;

- Hastalar sağlık bilgilerini hızlı bir şekilde anlamalı çünkü sağlık hizmeti sağlayıcılarla yüz yüze geçirdikleri süre sınırlıdır. Bu kısa ofis randevuları ve kısa süreli hastane yatışları da olabilir.
- Hastaların, aile üyeleri ve diğer bakıcılar ile sağlıkla ilgili çeşitli görevleri doğru bir şekilde yerine getirmesi bekleniyor. Bu görevler yeni teknoloji türlerinin kullanılması veya zamana duyarlı programlarda ilaç alınması gibi karmaşık ve alışılmadık olabilir.
- Hastalar aktif öğrenenler olmalıdır. Bu hizmet sağlayıcıları tarafından kendilerine verilen bilgilerin okunması yanı sıra aile ve arkadaşlardan, popüler medyadan ve internetten alınan sağlık bilgilerinin güvenilirliği ve uygunluğunu değerlendirmeyi de içermektedir.
- Hastalar giderek artan bir şekilde tedavi ve bakımın pasif alıcıları olmaktan ziyade aktif tüketiciler olarak görülüyor. Günümüzde hastalardan sıklıkla önemli sağlık kararları vermeleri isteniyor ve kendi adlarına savunma yapmaları bekleniyor (Osborne, 2013).

Sağlık okuryazarlığının sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesinin yanı sıra pandemi, iklim değişikliği ve bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi küresel sorunlarda uluslararası bağlamda kabul görmüş ve önemli hale gelmiştir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlıkta eşitsizliklerin önüne geçerek hem bireysel hem de toplumsal faydalar gözetilmektedir. Ulusal eylem planına göre bu konuda gelişme sağlamak için örgütler, sağlık profesyonelleri, politikacılar, toplumlar ve bireylerin birlikte çaba göstermesi gerekmektedir (İlgaz, 2021).

Yapılan çalışmalarda, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin genel sağlık bilgileri, hastalık tedavi giderleri ve özellikle kronik hastalıklar ile ilgili durumlarını yönetmekte yetersiz kaldıkları görülmüştür. Aynı zamanda sağlık sunucularına ulaşmakta zorluk çektikleri ve bunun sonucunda sağlık bakım maliyetlerinin arttığı, tıbbi hataların ve mortalitelerin arttığı görülmüştür. Bu bireylerin sağlık durumlarının sağlık sunucularından yararlanmanın da azalmasıyla birlikte kötüleştiği, hekimin talimatlarına ve önerilerine uymakta zorluk yaşadığı da belirlenmiştir. Tüm bunların sonucunda birey, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanamamakta, hastane yatış ve acil servis kullanımı sonucunda daha yüksek maliyetler ortaya çıkmaktadır (Çiler Erdağ, 2015). Sağlık okuryazarlığına verilen önemin artması tüm bu maliyetlerin ve olumsuz çıktılarının önüne geçecektir.

2.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Düşük sağlık okuryazarlığı sağlık ve tıbbi bilgilere erişme, bunları anlama ve kullanma konusunda nispeten düşük kapasite olarak tanımlanmaktadır (Wright, Shapiro, Chopra, & Murthi, 2023). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili faktörler; işlevsel (okuma ve yazma gibi beceriler ile ilgili), etkileşimsel (bilgi alma ve işlemeyle ilgili) veya kritik (bireylerin bilgiyi işleme şekli ile ilgili) olarak yalnızca bireye ilişkin olarak tanımlanmıştır. Bu yapının çok boyutluluğu sebebiyle sağlık okuryazarlığı, bireye ilişkin boyutların ötesinde düşünülmelidir ve sağlık hizmeti sunucularının ve sağlıkla ilgili kuruluşların sorumluluğu da kabul edilmelidir. Bu sebeple düşük sağlık okuryazarlığına yol açan nedenlerin kesin olarak tanımlanması gerekir. Böylelikle sağlık bakımı süreci en iyi çıktılarını elde edilmek adına daha doğru yürütülebilir (Cardoso, Tosin, Oliveira, Moraes, & Santana, 2023).

Okuryazarlık sağlık hizmetlerinde önemli bir beceridir çünkü eğitimle birlikte sağlığın temel belirleyicilerinden olduğu öne sürülmektedir. Buradan hareketle sağlık profesyonellerinin hizmet verdikleri hastaların düşük okuryazarlığının varlığını görebilmeleri çok önemlidir çünkü yetersiz okuryazarlığa sahip bireylerde verilen bilgileri anlamama ve bunları uygulayamama anlamına gelen düşük sağlık okuryazarlığı ortaya çıkabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını ve refahını geliştirmek için bilgiyi arama, anlama ve kullanma yeteneğini ve motivasyonunu belirleyen bir dizi bilişsel ve sosyal beceri olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, düşük sağlık okuryazarlığı kaçınılmaz olarak çeşitli kötü sağlık sonuçlarıyla sonuçlanır (Mbanda, 2024).

Düşük sağlık okuryazarlık nedeniyle sağlık hizmeti alımında en çok sorun yaşayan gruplar arasında yaşlılar, göçmenler, etnik kökeni farklı olanlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların olduğu bilinmektedir (Akbulut, 2015). Düşük okuryazarlık ile kötü sağlık arasındaki ilişki tüm sosyoekonomik gruplarda ve pek çok hastalık durumunda gözlenmektedir. Medicare tarafından yönetilen çoğunlukla yaşlı bireylerin oluşturduğu bakıma kayıtlı kişilerin, düşük okuryazarlık sebebiyle hastaneye kaldırılma oranları %29 daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Medicaid'e kayıtlı çoğunlukla gelir düzeyi düşük olan diyabetli bireylerin, yetersiz okuryazarlık düzeyi nedeniyle iyi bir diyabet kontrolü olma olasılığı da düşük olmaktadır. Okuryazarlık becerilerinin zayıf olması bireylerin sağlık durumlarının kötü olmasına yol açmaktadır (Weiss, 2003). Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olması aynı zamanda bireyin sağlığına dair kötü bir algıya sahip olmasına, morbidite oranının artmasına, sağlık hizmetlerinin kullanımının artması ve maliyetlerin artmasına, kronik hastalıklarda düşük

yönetimi, koruyucu hizmetlere katılımın azalması ve öz bakım eksikliği gibi olumsuz sağlık olaylarına yol açarken ayrıca tüm bu nedenlerden dolayı ölüm oranların yükselmesine sebebiyet verebilir (Cardoso, Tosin, Oliveira, Moraes, & Santana, 2023).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireyler;

- Sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde yetersizlik,
- Kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetmede yetersizlik,
- Sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik,
- Sağlık bakım maliyetlerinde, ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında artma
- Sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma,
- Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada yetersiz kalmaları,
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara bağlılıkta yetersiz kalma,
- Hastanede yatma yönünden daha büyük risk taşıma,
- Acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının artma,
- Düşük sağlık durumunu anlama ve refleks geliştirme noktasında yetersiz olmaları gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Çatı, Karagöz, Yalman, & Öcel, 2018).

Yetişkinlerde düşük sağlık okuryazarlığının kişisel sağlıkları üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır ancak araştırmalar yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin çocuklarının da sağlıklarının olumsuz yönde etkilenebileceklerini öne sürüyor. DeWalt ve Hink tarafında 1980-2003 yıllarını kapsayan bir literatür araştırması kapsayan çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olan çocukların sağlık durumlarının da kötü olduğu ortaya kondu. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler yüksek olan bireylere göre daha az sağlıkla ilgili bilgiye sahip olurken çocukların sağlıkları açısından daha az avantajlı tercihlerde bulunuyorlardı (Moore & Perry, 2013) Bu durum ileride düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin çoğalmasına sebebiyet vereceği gibi sağlıksız bir toplumun meydana gelmesine de neden olabilir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerden oluşan bir toplumda salgın hastalıklar sık görülebilir. Bunun temel nedeni bu bireylerin kişisel hijyen, hastalığın bulaşma yolları ve hastalıklardan korunma yolları gibi temel bilgilerin eksikliğinden kaynaklanır. Bu durum hem bireyin sağlığını hem de toplumun sağlığını büyük oranda tehdit eder. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin davranışları göz önüne alındığında bu durumun morbidite ve mortalite

oranlarını arttıracakları söylenebilir. Bu bireyler erken teşhis gerektiren hastalıklarda durumu geç fark edebilirler. Bu durum öncelikle hastayı etkilese de uzun vadede toplumsal ve ekonomik birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda bu bireyler çevrelerinden aldıkları eksik veya kulaktan dolma bilgilerle sağlıkları açısından (tedaviyi yarım bırakma, yakınlarının tavsiyesi üzerine ilaç kullanma) yanlış adımlar atabilmektedirler (Sağlık Okuryazarlığı, 2018).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı kötü sağlığın, yaş, gelir, istihdam durumu, eğitim düzeyi ve ırktan daha güçlü bir belirtisi olarak kabul edilmektedir. Yetersiz sağlık okur yazarlığına sahip kişilerin sıklıkla reçete etiketlerini anlamada, tıbbi kararlara katılmada, tıbbi önerileri takip etmede ve randevulara katılmada zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sıklıkla kötü kişisel bakım davranışlarında bulunur, daha az önleyici tedbir alır ve bu nedenlere bağlı mortalite oranları yükselebilir (Shahid, ve diğerleri, 2022).

Williams ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre zayıf sağlık okuryazarlığı özellikle yoksul ve yaşlı insanlar arasında yaygınlık göstermektedir. Bu bireyler karmaşık sağlık konularında konuşmakta zorlanmakta ve sağlık sonuçlarına olumsuz etkilemektedir. Ayrıca bu bireyler sağlık durumlarını çok kötü olarak nitelendirirken tıbbi durumları ve tedavileri hakkında daha az bilgiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum hastaneye yatış oranlarındaki artışın bir nedeni olabilir (Williams, Davis, Parker, & Weiss, 2002).

Yapılan araştırmalarda İngiliz halkının yaklaşık olarak %11'nin sağlık okuryazarlığının marjinal veya yetersiz olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği ileri yaş, erkek olma ve sosyoekonomik durum ile ilişkilendirilmiştir. Birçok yazılı sağlık materyalinin pek çok hastanın anlayamayacağı kadar karmaşık olabilir. İşlevsel sağlık okuryazarlığı adına yapılan bir araştırmada, sadece metin içeren materyallerin nüfusun %43'nün anlayamayacağı kadar karmaşık olduğu ve rakamlar dahil edildiğinde bu oranın %61'e yükseldiği ortaya konmuştur (Reilly, Health Literacy, 2020).

Baccolini ve ark. (2021) Avrupalıların üçte biri ile neredeyse yarısının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Buna göre AB'de yaşayan insanların büyük bir kısmının yön bulma, anlama ve karar vermedeki sınırlılıklarından dolayı sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntılar yaşayabilecekleri gösterilmiştir.

ABD'li yetişkinlerin üçte birinden fazlasının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve sağlık kararları vermek için gerekli olan temel bilgilerinin eksik oluşu nedeniyle birçok

sağlık konusunda zorluk yaşadıkları tahmin edilmektedir. Birçok araştırma yetersiz sağlık okuryazarlığını, artan hastaneye yatışlar, daha fazla acil servis kullanımı gibi birçok olumsuz sağlık sonucuyla ilişkilendirmiştir. Sonuç olarak yetersiz sağlık okuryazarlığı, ABD ekonomisine 106 ila 238 milyar dolar arasında bir maliyete neden olduğu tahmin edilmektedir (Maheswaranathan, Eudy, Bailey, Rogers, & Clowse, 2021).

Aslında sağlık okuryazarlığının hastaneye başvurular üzerinde doğrudan etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler hastalık ilerledikten sonra sağlık kuruluşuna başvururlar. Yetersiz sağlık okuryazarlığı koruyucu sağlık hizmetlerinden istenen verimin alınmasının önüne geçer. Örneğin düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların smear veya mamografi gibi muayenelere katılımı düşük olacaktır (Benyon, 2014). Okuryazarlığı düşük olan bireyler sağlık hizmeti sunucularına daha az soru sorma eğilimindedirler. Sağlık bilgilerini arayıp bulmak konusunda pasif kalırlar ve reçete edilen ilaçlarla ilgili eczacının yazdığı bilgileri daha az okuma eğilimindedirler (Sand-Jecklin & Coyle, 2014).

2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili kararlar vermesi, değerlendirmesi, sağlık hizmetlerine erişiminde kullanması gereken enformasyon ve bu enformasyonu kullanma yeteneği olarak tanımlanabilir. Bu nokta da sağlık okuryazarlığı duyarlılığı hizmetlerin, sistemlerin, sağlık bilgi ve kaynaklarının kullanımının ve erişilebilirliğinin daha basit bir hale getirilmesidir (Bröder, ve diğerleri, 2018).

Sağlık okuryazarlığının alanında yapılan çalışmaların 1990’lı yıllardan sonra ivme kazandığı bilinmektedir. 1950-2011 yılları arasında akademik veri tabanlarında yapılan bir araştırmada Sağlık Okuryazarlığına dair ilk çalışmanın 1974’te yayımlandığı belirlenmiştir. Bu tarihten 2011’e kadar olan sürede 2808 makalenin yayımlandığı gözlemlenmiştir. Bu bakımdan sağlık okuryazarlığı kısa zamanda dünya çapında ele alınarak geniş bilimsel birikim elde etmiştir (Pleasant, 2013).

Ülkemizde ise sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar son dönemde ivme kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 26 Aralık 2012 tarihinde ‘Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı’ düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığının yanı sıra Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalarda bulunmuşlardır. Aynı zamanda birçok

üniversite de sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar yapılıp yayımlanmıştır (Kendir opurlar & Kartal, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü kişisel, örgütsel ve sistemsel düzeylerde sağlık okuryazarlığının etkili yönetimi ve teşvikini sağlamak için Üye Devletlere teknik destek ve rehberlik sağlamaktadır. Bu doğrultuda;

- Küresel sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarını kullanarak sınırlı sağlık okuryazarlığının gerçek yükünü yakalamak için ülkelerin değerlendirme, izleme ve raporlama sistemlerini iyileştirmelerine destek olur.
- Sağlık profesyonellerini hedef alan sağlık okuryazarlığı kapasitesinin geliştirilmesi konusunda eğitim sağlar.
- Belirli halk sağlığı sorunlarına göre sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin uygulanmasını desteklemek için yeni araçlar geliştirir (WHO).

Sağlık okuryazarlığına ilişkin yapılan en büyük araştırmalardan biri Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasıdır. Bu araştırma ülkeler arasında sağlık okuryazarlığını karşılaştırma amacı taşımaktadır fakat bu araştırmaya Birleşik Krallık dahil edilmemiştir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek birçok ülkede ortak hedef haline gelmiştir. Bu konuda başarılı olup olmaması başka bir tartışma konusu haline gelmiştir (Reilly, Health Literacy, 2020).

Avrupa'da yapılan bir araştırmada en az 10 kişiden birinin sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz olduğu bildirilmiştir. Tıp Enstitüsünün raporuna göre ABD'de yaklaşık 90 milyon yetişkinin sağlık bilgilerini anlama ve takip etme konusunda sorunlarla karşı karşıya kaldığını raporlamıştır. ABD'de 75 milyon yetişkinin temel seviye ve temel seviyenin altında sağlık okuryazarlığına sahip olduğu düşünölmektedir (Malik, Zaidi, & Hussain, 2017).

Avrupa Birliğine üye olan Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan ve Polonya ülkelerinde sağlık okuryazarlığı seviyesi üzerine yapılan bir çalışmada alınan puanlar 4 gruba (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi) ayrılmıştır. Araştırma sonucunda araştırmaya katılan ülkelerin %29,0-%62,0 aralığında değişen oranda yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir. Hollanda da bireylerin %1,8'i düşük sağlık okuryazarlığına sahipken Bulgaristan da bu oran %26,9 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılım sağlayan ülkelerin 'yeterli ve çok iyi' düzeyde sağlık okuryazarlığı oranı daha fazla olduğu görölmüştür. Bu araştırmaya göre Avusturya ve İspanya en düşük orana sahip ülkeler olarak saptanmıştır (Kaya & Karaca Sivrikaya, 2019).

Türkiye de ise 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Aşağıdaki tabloda Türkiye ve Avrupa sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo 2.2. Türkiye ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Karşılaştırması

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Avrupa	Türkiye
Yetersiz	%12,4	%24,5
Sorunlu	%35,2	%40,1
Yeterli	%36	%28,8
Mükemmel	%16,5	%7,6

Kaynak: (Sarıyar & Fırat Kılıç, 2019).

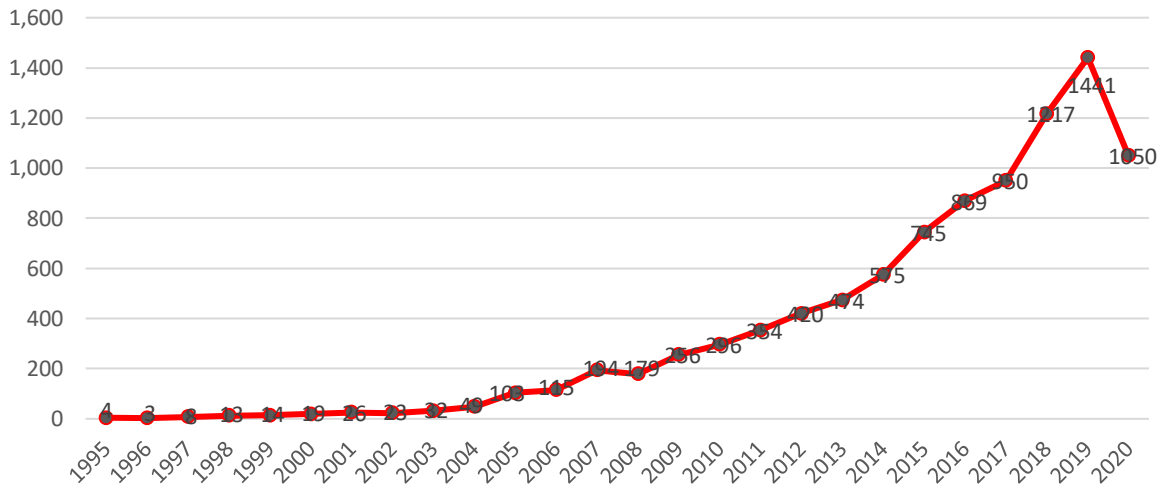
Araştırmaya Türkiye’den rastgele seçilen 4924 kişi katılmıştır. Araştırmanın sonucunda Türkiye’nin sağlık okuryazarlığı indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Türkiye ve Avrupa karşılaştırmasında Türkiye’de yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5 iken Avrupa da bu oran %12,4 sorunlu sağlık okuryazarlığı Türkiye de %40,1 iken Avrupa da %35,2, yeterli sağlık okuryazarlığı Türkiye de 28,8 Avrupa da %36, mükemmel sağlık okuryazarlığı Türkiye de %7,6 iken Avrupa da bu oran %16,5’dir. Tabloya göre Türkiye sağlık okuryazarlığı her anlamda Avrupa ortalamalarının altında çıkarak daha düşük seviyededir.

Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorun olduğunu ortaya koymuştur. Türkiye de 6 bin 228 hane de yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilgili faktörlerin araştırılmasında, araştırmaya katılan bireylerin %31’nin yetersiz %38’nin de sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ortaya konmuştur. Bunun yanında sağlık okuryazarlığı yetersiz olan katılımcıların %44’nün ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların %23’nün hekimler tarafından tanılanmış 6 aydan uzun süreli devam eden en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Erdoğan Yüce & Muz, 2023).

Bir diğ er araştırma olan Özdemir ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %57,9'nun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Özdemir, Akça, Algın, & Kokulu, 2019, s. 96).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. 1995 ve 2020 yılları arasında sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmaların verileri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 2.3 Health Literacy Trends from 1995 to 2020



Kaynak: (Qi, Hua, Xu, Zhou, & Liu, 2021).

Bu tabloya göre 1995 yılında sağlık okuryazarlığı ile ilgili sadece 4 çalışma gerçekleştirilmişken 2019 yılına geldiğimizde bu sayı 1441'e yükselmiştir. Ayrıca 1995 ve 2020 yılları arasında bu alanla ilgili olarak 26 yılda toplamda 9492 makale yayımlanmıştır.

Türkiye tabipler birliğinin 2020 yılında Covid-19 Pandemisi 6. Ay Değerlendirme Raporunu yayımladı. Rapora göre Türkiye'nin salgın karşısındaki SWOT analizine göre, sağlık okuryazarlığı zayıf yönler arasında yer aldı. Bunun yanında sağlık okuryazarlığı alanında toplumsal olarak hızlı bir ilerlemenin gerektiği belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin ülkenin en önemli problemi olduğu ayrıca belirtilmiştir. Araştırmada Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından Türkiye de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi üzerine yapılan araştırmaya da yer verildi. Bu araştırmaya göre Türkiye de her 10 kişiden yedisinin sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırlı olduğu ortaya konmuştur (Tezcan, 2022).

Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması’ adıyla kesitsel tipte yaptıkları araştırmaya göre, Türkiye de yetersiz sağlık okuryazarlığı kapsamında on kişiden yedisinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koyarken bazı risk gruplarında bu oranın on kişiden dokuzunu kapsayacak şekilde olduğunu saptamıştır. 6228 hanede TSOY-32 ile elde edilen verilerde %30,9’unun yetersiz, %38’nin sorunlu-sınırlı, %23,4’ünün yeterli, %7,7’sinin mükemmel kategorisinde olduğu görülmüştür. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı kategorileri birlikte ele alındığında bu oran %68,9 olarak yetersiz sağlık okuryazarlığının ciddi bir boyutta olduğunu bize göstermektedir. Araştırmanın sonucunda sağlık okuryazarlığının hem sosyoekonomik hem de sağlık düzeyini ve sağlık hizmetlerini etkileyen bir parametre olmasında dolaylı geliştirilmesi gerektiği ve bunun sadece tek bir kişi ya da kurum tarafından değil tüm paydaşların çabasıyla mümkün olacağı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.5. Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi kavramının tanımlanması 1985-1994 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yapılmıştır ve hizmet kalitesinin boyutları belirlenerek kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirilmiştir. Aynı zamanda sayısal ölçümü gerçekleştirebilmek amacıyla 'Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli' şeklinde ifade edilen SERVQUAL ölçeğini geliştirmişlerdir (Şahinli & Tarım, 2020).

Hizmet kalitesi kavramı hizmeti sunanlar, hizmeti kullananlar ve teorisyenler tarafından farklı şekillerde tanımlamalar yapılmıştır. Bu noktada bir hizmetin kalitesinin belirlenmesi zorlaşmaktadır. Literatür incelendiğinde bu alanla ilgili olarak ilk çalışmaların malların kalitesinin ölçülmesi üzerine yapıldığı görülmektedir. Kalite kavramının da farklı şekillerde tanımlandığı ve fikir birliği sağlanamadığı görülmektedir (Akbaba & Kılınc, 2001). Tablo 2.4 de kalite kavramı tanımları verilmiştir.

Tablo 2.4 Kalite Tanımları

Yıl	Yazar	Boyut	Tanım
1951	Feigenbom	Mal	Değerdir
1972	Levitt	Mal	Spesifikasyonlara uygunluktur
1979	Crasby	Mal	Gereksinimlere uygunluktur
1980	Juran	Mal	Kullanıma uygunluktur
1983	Garvin	Mal	İçsel ve dışsal hataların etkilerinin sonucudur

Kaynak: (Nermin, 1998).

Kalite kavramı üzerine yapılan çalışmalar 1950-1980 yılları arasında 'ürün kalitesi' üzerine çalışmalar yürütülürken 1980'li yıllardan itibaren bu çalışmalar hizmet kalitesi üzerine yoğunlaşmıştır. Günümüz dünyasında ise kalite sadece ürün kalitesi bağlamında değerlendirilmeyen tüm üretim sürecinde etkili, verimli ve güvenilir çalışmayı amaç edinen çalışmalar toplamı olarak ele alınmaktadır (Oksay, 2016).

Hizmet kalitesi kavramı ‘tüketicilerin aldığı hizmetin değerlendirilmesi temelinde’ tanımlanmaktadır. Grönroos bu kavramı ‘müşterinin hizmete ilişkin algısını, beklentileri ile karşılaştırdığı bir değerlendirme sürecinin çıktısı’ şeklinde tanımlamaktadır (Çiçek, 2021).

Parasuraman ise hizmet kalitesini, beklenen ve algılanan hizmet performansı arasındaki fark olarak tanımlamıştır (Koçoğlu & Aksoy, 2012).

Hizmet kalitesinin tanımının yapılmasında birçok farklı tanım mevcuttur. Bu tanımlar şu şekildedir:

- Robinson hizmet kalitesi tanımını, bir hizmetin üstünlüğü hakkındaki bir tavır veya global bir yargı şeklinde yapmıştır.
- Hizmet kalitesini Pride ve Ferrel, bir hizmetin müşterilerin beklentilerini nasıl karşıladığı ve aştığının algılanması olarak tanımlamıştır.
- Wild’in hizmet kalitesi yorumu, müşteri ihtiyaçlarına uygunluğun derecesi şeklindedir
- Wyckoff: Lovelock ise hizmet kalitesini müşterilerinin ihtiyaçlarını karşılamada düşünülen mükemmelliğin derecesi ve mükemmelliğe ulaşmada değişkenlerin kontrolü şeklinde tanımlamıştır (Arısoy, 2017).

Hizmet kalitesinin diğer tanımları şu şekildedir:

- Hizmet kalitesi, mekanizmaların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmeleridir.
- Hizmet kalitesi, insanların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmeleridir.
- Hizmet kalitesi, kusursuz ürünlerin satın alınmasıdır.
- Hizmet kalitesi, doğru tanıdır.
- Hizmet kalitesi, doğru önlemin bulunmasıdır.
- Hizmet kalitesi, sorunların ortadan kaldırılmasıdır.
- Hizmet kalitesi, güvenilir olmaktır.
- Hizmet kalitesi, etkili performans gerçekleştirmektir.
- Hizmet kalitesi, nazik davranmaktır.
- Hizmet kalitesi, güvenli performans göstermektedir.
- Hizmet kalitesi, zamana uygunluktur.
- Hizmet kalitesi, derhal önlem alınmasıdır

- Hizmet kalitesi, müşterinin parasının değerini almasıdır.
- Hizmet kalitesi, her türlü hatanın ortadan kaldırılmasıdır.
- Hizmet kalitesi, güvenli olmayan koşullara karşı korumaktır (Dalgıç, 2013).

Hizmet kalitesinin tanımlanması bu kavramla ilgili bazı sonuçlar ortaya koyarak özellikleri hakkında bilgiler vermiştir. Bunlar aşağıdaki gibidir:

- Hizmet kalitesi, müşterilerin algıladığı bir kavramdır.
- Hizmet kalitesi, hizmet üretim ve sunum sürecinden ayrı olarak düşünülemez
- Hizmet kalitesi, müşteri ile hizmet veren personelin etkileşimi sırasında ortaya çıkar.
- Bir hizmetin kalitesini değerlendirmek, bir ürünün kalitesini değerlendirmekten daha zordur.
- Hizmet kalitesi, müşterinin öznel bir tutumunu yansıtır (Koçoğlu & Aksoy, 2012).

Hizmet kalitesi hizmet veren işletmelerde sunulan hizmette bulunması gereken özellikler toplamı olarak ifade edilebilir. Bu özellikler şöyle sıralanabilir;

- **Somut Olması:** Fiziksel tesislerin, ekipmanların, personelin ve iletişim materyallerinin görünümü
- **Güvenirlilik:** Vaat edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirme yeteneği
- **Duyarlılık:** Müşterilere yardım etme ve hızlı hizmet sağlama isteği
- **Güvence:** Çalışanların bilgi ve nezaketi ile güven verebilme yeteneği
- **Empati:** Müşterilere özenli, bireysel ilgi göstermek (Christia & Ard, 2016).

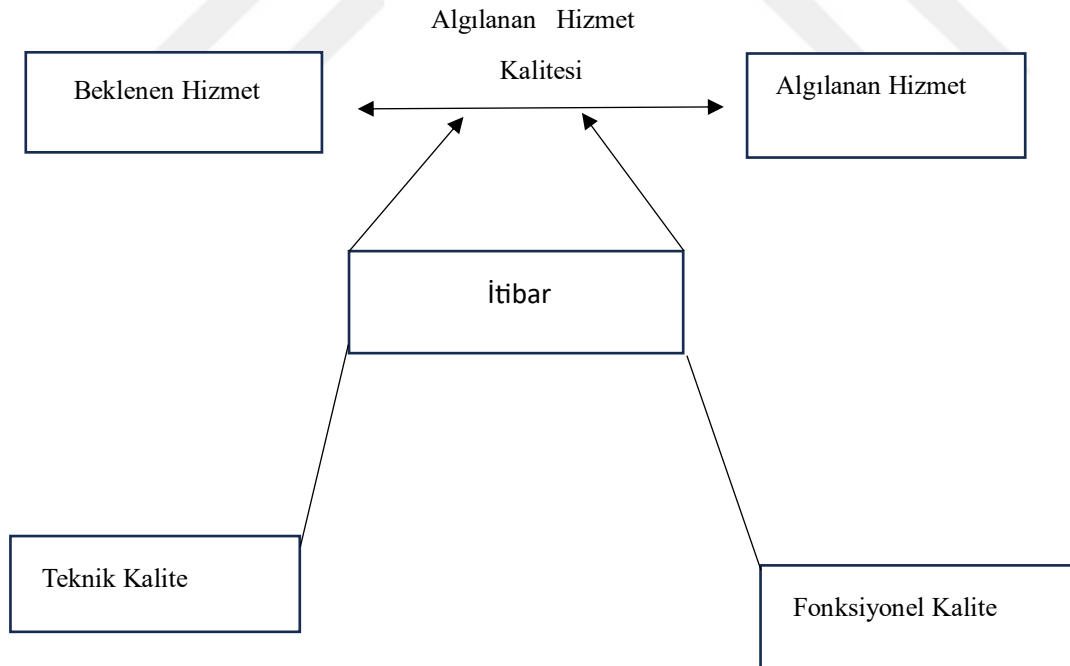
2.5.1. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi

Globalleşen dünya ile hizmeti alanlar ile iyi ilişkiler kurmak temel hedef haline gelmiştir. Bireylere daha iyi hizmet sunabilmek için en önemli nokta onları anlayabilmektir. Kalite bu nokta da operasyonel verimliliğe ve gelişmiş iş performansına ulaşabilmek için bir araç olarak görülmeye başlandı. Bu durum hem hizmet sektörü için hem de mal sektörü için geçerlidir. Fakat hizmet sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesi ile ilgili sorun, hizmeti mallardan ayıran doğası gereği kolayca tanımlanıp ölçülememesidir (Ramanujam, 2011).

Hizmetler temelde soyut olup depolanamaz, bölünemez ve geçicidirler. İyi ya da kötü hissetmek kişiden kişiye değişebilmektedir (Liao, Hu, & Chou, 2022). Verilen hizmetin kalitesinin belirlenmesinde hizmeti sunan kuruluşun kalite anlayışından çok hizmeti alan bireyin hizmeti nasıl değerlendirdiği bir diğer ifade ile algılanan hizmet kalitesi ile ilgili bir durumdur (Halifeoğlu, 2023).

Hizmet kalitesi müşteri ve hizmet sağlayıcı tarafından üretilen hizmetin iletim ve etkileşim sırasında algılanmasıdır bu sayede bilişsel düzeye ait algılanan kalite aracılığıyla, müşteriler ile hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin ölçülmesi mümkün olmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi hizmeti alan bireyin aldığı hizmet bağlamında genel kanıdır; yani hizmeti alan bireyin ürünün hem içsel hem de dışsal özelliklerine dayalı olarak beklentisi sonunda algılanan hizmet kalitesi ortaya çıkmaktadır (Liao, Hu, & Chou, 2022).

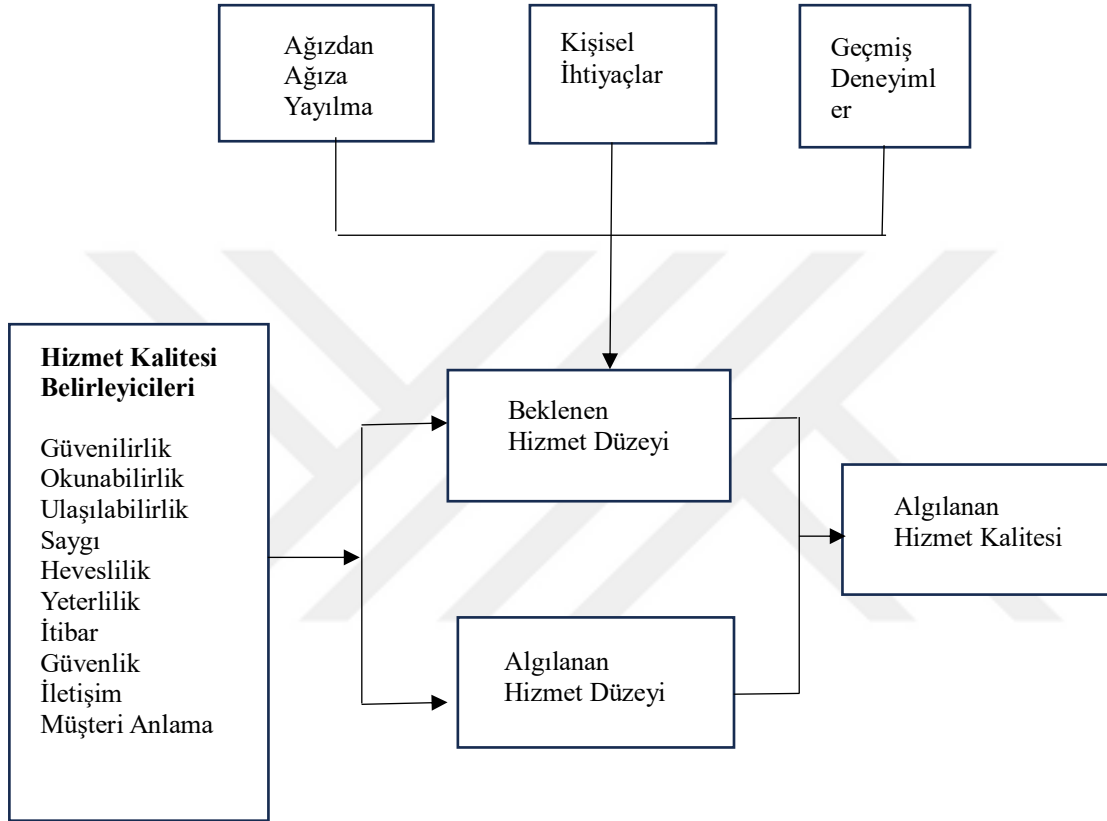
Hizmet kalitesi teknik, fonksiyonel ve itibar kalitesinin bileşimi ile anlamlandırılmaktadır. Grönroos (1984) yılında Şekil 2.3. de ki algılanan hizmet kalitesi modelini oluşturmuştur.



Şekil 2.3 Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli (Grönroos, 1984).

Günümüz rekabet ortamında işletmelerin varlıklarını sürdürebilmek ve müşteri ihtiyaçlarına cevap verebilmeleri için hizmet kalitesini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu nedenle ortaya koydukları hizmetlerin hem beklenen hem de algılanan kalite bağlamında

ölçülmesi gerekmektedir. Hizmeti alan bireylerin algıladıkları hizmet kalitesi bu nokta da önem kazanmaktadır. Parasuraman Zeithaml ve Berry 1983-1990 yılları arasında SERVQUAL yöntemini geliştirmişlerdir. Öncelikle hizmet kalitesinin tanımını yapmışlardır. Daha sonra hizmet kalitesini etkileyen faktörleri belirleyerek, ölçülebilir bir hale getirerek her alanda kullanılabilecek bir model oluşturmuşlardır (Aksaraylı & Saygın, 2011). Şekil 2.4 de bu model verilmiştir.



Şekil 2.4 Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri (Aksaraylı & Saygın, 2011).

Beklenen hizmet kalitesinin algılanan hizmet kalitesinde büyük olma durumunda algılanan kalite tatmin edici değildir. Eşit olma durumunda ise algılanan kalite tatmin edici olmaktadır. Algılanan hizmetin kalitesinin beklenen hizmet kalitesinden büyük olma durumunda, algılanan hizmet kalitesi tatmin edicidir ve aradaki farkın artması arzu edilen kalite seviyesine yaklaşılmasını sağlar. Buradan hareketle hizmetin kalitesini belirlemek için hizmeti alan bireylerin beklentilerini ve hizmetten algıladıkları kalite seviyesini ölçerek elde edebiliriz (Anbarlı Bozatay & Kavaslar, 2019).

Beklenti, kendisine sunulan hizmete karşı müşterinin beklentileri, görmek istedikleri olarak tanımlanabilir. Müşterinin geçmişte elde ettiği deneyimler, kişisel ihtiyaçlar, reklam,

afiş, fiyat satış sonrasında işletmenin sergilediği tutum gibi değerler müşterinin beklentilerini belirleyen faktörler olarak sıralanabilir. Beklenen kalite, hizmeti alan bireyin almayı planladıkları hizmetle ilgili olarak önceden zihninde tasarladığı kaliteyi ifade etmektedir. Bu noktada beklenen kalite hizmeti alan bireylerin hizmet sürecinden beklentileri olarak ifade edilebilir (Özel, 2019).

Parasuraman ve arkadaşları beklentilerin kaynağını 5 ana başlık etrafında toplamıştır;

- Ağızdan ağıza iletişim
- Tutundurma
- Fiyat
- Kişisel ihtiyaçlar
- Geçmiş deneyimler (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1988).

Hizmet kalitesi algılanan ile beklenen hizmet arasındaki fark olarak ortaya çıkmaktadır. Bu noktada müşteri memnuniyet pozitif veya negatif yönlü olacaktır. Bunun yanı sıra hizmet kalitesi, müşterilerin beklentisini karşılayabilme durumudur. Hizmet kalitesini ölçmek oldukça zordur. Bu durum hizmetlerin soyut olması ve değişkenlik göstermesinden kaynaklanmaktadır. Hizmeti satın alan bireylerin kalite algıları, hizmeti almadan önceki beklentileri ve aldıkları hizmeti karşılaştırılması ile ortaya çıkmaktadır. Hizmet kalitesi algıları beklentilerinin karşılanması durumunda hizmet mükemmel olarak ifade edilirken, beklentilerin altında kalması hizmet zayıf veya eksik olarak ifade edilmektedir. Hizmetlerin soyut olması, depolanamaması ve dayanıksız olmaları, hizmetlerin belirli bir üretim sürecinden geçerek eksiksiz ve hatasız sunulmamasına neden olmaktadır (Samancı & Kök, 2020).

2.6. Hizmet Kalitesinin Önemi ve Boyutları

Hizmetler ve mallar arasında bazı belirgin farklar vardır. Hizmetler soyut mallar ise somutlardır. Hizmetler soyut olduğundan buradaki kaliteyi ölçmek daha zor ve karmaşık olabilmektedir. Hizmet kalitesi ortaya konulan hizmetin hizmeti alan kişinin beklentilerini ne ölçüde karşıladığını ölçmektedir (Kurşunluoğlu Yarımoğlu, 2014).

Hizmet sunucularının karlılıklarını ve pazar paylarını arttırmak başlıca amaçlarından bir tanesidir. Bu amaçları gerçekleştirebilmek için hizmet kalitesi son derece önemlidir. Bu noktada hizmet kalitesinin ölçülmesi için; tüketici memnuniyeti düzenli bir şekilde ölçülmesi ve tüketici memnuniyeti aynı zamanda memnuniyetsizliğinin kaynakları belirlenmelidir. Elde edilen

veriler hangi noktada gelişim sağlanması gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır. Güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesiyle birlikte operasyonel ve stratejik anlamda kalitede artış isteniyorsa kalitenin tanımlanması ve ölçülmesi önem kazanmaktadır (Tekin, Kalkan, & Duman, 2014).

Hizmet kalitesinde istikrar sağlamanın zor olduğu kabul görmektedir. Bu noktada müşteriye tanımak kaliteyi sağlamanın ilk koşuludur. Günümüzde rekabet ortamının giderek artması müşteriye elde tutmayı zorlaştırmaktadır ve müşterilerin rakip kuruluşla yönelme eğilimini artırmaktadır. Müşteri memnuniyetinin sağlanması noktasında en önemli noktalardan biri hizmetin kaliteli olmasıdır. Literatüre bakıldığında birçok çalışmada hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki olduğu ortaya konmuştur (Pekyaman & Baydeniz, 2020). Müşteri memnuniyetinin sağlanmaması beraberinde birçok sorunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum müşteri kaybına, güvensizliğin oluşmasına, firma hakkında negatif yönlü fikirlere ve kötü reklama sebebiyet verebilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre beklentileri karşılanmayan kişiler yaklaşık 9 kişiye yaşadıkları bu kötü deneyimi aktarmaktadır. Bazı şirketlerde bu durumla birlikte yıllık satış hacminin %10-15 arasında bir kayıp söz konusu olabilmektedir. Tüm bunların sonucunda hizmet işletmelerinin piyasadaki yerlerini korumak ve rekabet gücünü artırabilmek için hizmet kalitesine önem göstermelidir (Orhan, 2016).

Hizmet kalitesinin boyutlarıyla ilgili çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Tablo 2.5 de bazı yaklaşımlar sıralanmıştır.

Tablo 2.5 Hizmet Kalitesinin Boyutları

Yazarlar	Önerilen Boyutlar
Sasser, Olsen, Wyckof (1978)	<ol style="list-style-type: none">a. Üretimde kullanılan materyallerin niteliğib. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklarc. Personelin tutum ve davranışı
Lehtinen (1983)	<ol style="list-style-type: none">1. Üç boyutlu yaklaşım<ol style="list-style-type: none">a. Fiziksel kaliteb. Etkileşim kalitesic. Şirket kalitesi2. İki boyutlu yaklaşım<ol style="list-style-type: none">a. Süreç kalitesib. Çıktı kalitesi

Grönroos (1983)	a. Teknik kalite b. İşlevsel kalite c. Firma imajı
-----------------	--

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985)	a. Güvenirlilik b. Heveslilik c. Yetenek d. Ulaşılabilirlik e. Nezaket f. İletişim g. İnanılrlık h. Güvenlik i. Müşteri tanıma/anlama j. Hizmet ortamı
---------------------------------------	---

Norman (1988)	Hizmet paketinin özellikleri: a. Değişir (soft) özellikler b. Değişmez (hard) özellikler
---------------	--

Kaynak: (Uyguç, 1998).

Hizmet kalitesi boyutlarının en çok kabul göreni Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından ortaya konmuş boyutlardır. Hizmetlerin biçimine bakılmaksızın bütün hizmetler için temel kriterlerin oluşturulmasını sağlamışlardır ve bu kriterleri on kategoride toplamışlardır (Okumuş & Duygun, 2008).

Güvenirlilik; performansta tutarlılık, vadedilen hizmetin zamanında ve doğru yapılması anlamına gelmektedir. Hizmetin zamanında, her zaman aynı şekilde ve hatasız olarak verilmesi şartlarını içermektedir. Bunların dışında doğru faturalama yapılması, yönetmeliklere uygunluk konularını da içermektedir (Güven & Sarıışık, 2014).

Heveslilik; işletme ve personellerin hizmet sunmada da istekli ve daima hazırda bulunmasıdır. Örneğin bir fast-food restoranında hem kalite hem de hizmetin sunumu hızlı değilse işletmenin diğer özelliklerinin bir anlamı kalmayacaktır (Mutlu & Durmaz, 2021).

Yetkinlik; personelin mesleki bilgi ve becerilerinin yeterli olmasını ifade eder. Bu boyut personelin hizmet alanlar karşısında hata payını en aza indirgemesini sağlar. Personelin bilgi ve becerisi, araştırma yeteneği buna dahildir (Zengin & Erdal, 2000).

Ulaşılabilirlik; işletmenin 7/24 kesintisiz hizmet vermesidir. İşletmenin hizmet verebileceği yeterli kaynağa sahip olması gerekir (Mutlu & Durmaz, 2021).

Nezaket; Müşteri ile ilgilenen personelin kibarlığı, saygısı, ilgisi ve dostluğunu kapsamaktadır. Personelin güler yüzlü olması ve müşteriyi memnun edecek konuşmalarda bulunmasıdır (Zengin & Erdal, 2000).

İletişim; İlgili personelin müşteriye hizmet hakkında müşterinin anlayabileceği şekilde bilgi vermesidir. Bu boyutta personelin müşterinin anlayabileceği şekilde bilgilendirme yapması, müşteriyi anlayıp dinlemesi ve farklı müşterilere göre farklı anlatım biçimlerinin benimsenmesi anlamına gelmektedir. Hizmeti alan kişinin eğitim durumuna göre karmaşık ifadelerin azaltılması ya da çoğaltılabilmesi durumudur. Hizmetin maliyeti, oluşabilecek problemler ve bunlara yönelik çözüm yöntemleri ve de müşterinin sorularının eksiksiz bir şekilde cevaplanmasıdır (Güven & Sarıışık, 2014).

İnanılrlık (Kredibilite); hizmetin etik değerlere uygun bir şekilde müşteriye sunulmasıdır. İşletmenin dürüst bir tavır sergilemesidir (Mutlu & Durmaz, 2021).

Güvenlik; verilen hizmetin tehlikeden ve risklerden uzak olmasıdır. Müşterinin hem maddi hem de fiziken korunması ve mahremiyetinin sağlanmasıdır. Kişisel bilgilerinin korunması ve sızdırılmamasıdır (Zengin & Erdal, 2000).

Müşteriyi tanıma/anlama; müşterinin tanımak, istek, ihtiyaç ve problemlerini anlamak. Müşterini hedeflerine ulaşmada yardımcı olmaktır (Mutlu & Durmaz, 2021).

Hizmet ortamı; hizmetin sunulduğu ortamın fiziksel özelliklerini kapsamaktadır. Kullanılan araç, gereç ve teçhizatın teknolojik gelişmelere uygunluğunu ifade etmektedir. Ayrıca personelin birbirine karşı olan tutumu ve bunun sonucunda meydana gelen örgütsel iklim de bu boyut çerçevesinde değerlendirilmektedir (Güven & Sarıışık, 2014).

2.7. Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi

Bir ülkenin en önemli sermayesi toplumu oluşturan bireylerdir. Bireylerin iktisadi faaliyetlere katılabilmesi için öncelikle sağlık durumunun iyileştirilmesi daha sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınmakta olan ülkelerde insan unsuru büyük önem taşımaktadır ve bu unsurun devamlılığını sağlayabilmek adına sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi zorunludur. İnsanların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması amacıyla, mal ve hizmet üreten tüm kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya sağlık sektörü adı verilmektedir. Sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilen tüm sağlıkla ilgili faaliyetlere de sağlık hizmetleri denilmektedir. Bireyleri ve toplumları hastalıklardan korumak,

sağlıklarını geliştirmek, iyileştirmek, tam olarak iyileşmemiş hastaları rehabilite etmek amacıyla yapılan tüm hizmetler sağlık hizmeti kapsamına dahil olmaktadır (Temür & Bakırcı, 2008).

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran bazı özellikleri vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık hizmeti tüketimi raslantısaldır.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetinin önemli bir kısmı acil ve ertelenemezdir.
- Sağlık hizmetinin boyutu ve kapsamı hizmetten yararlanan değil, hekim belirler
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
- Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur vb.) (Kaya & Tekpınar, 2021).

Sağlık hizmetlerinde temel hedef bireylerin ve toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini en az maliyetle, ihtiyaç duyulan anda ihtiyaç duyulan sürede ve kişiye özel olarak karşılanmasıdır. Teknolojik yenilikler, maliyetler, hasta beklentileri ve şikayetleri sağlık hizmetlerini daha karmaşık yapılar haline getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sürekliliği, ulaşılabilirliğinin dışında sağlık hizmetleri alan bireylerin bu hizmetten ne kadar memnun kaldıkları da önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önem kazanmasına yol açmaktadır (Taş, 2012).

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma 1980'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Ülkeler sağlığa ayırdıkları kaynakların yeterli olmadığını düşünerek yeni kaynak arayışına girişmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki bu yeniden yapılanma, sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerden farklı bir yapıya sahip olmasından ileri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin hizmet sunumundaki belli başlı yetersizlikleri ve sağlık hizmetlerinin insan sağlığı bağlamında hata kabul etmeyişi sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişmesini yol açmıştır (Aslantekin, Gökteş, Uluşen, & Erdem, 2006).

2001 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü tarafından ‘Kalite Boşluğunu Kapatmak’ adlı raporu yayınlamıştır. Raporda ABD sağlık hizmetlerine yönelik bazı veriler yer alırken aynı zamanda sağlıkta kalitenin tanımı ve gelişimine yönelik bilgilere yer verilmiştir. Raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin 6 boyut olarak ortaya konmuştur (Araç & Koç, 2023). Bunlar;

- Güvenli(safe); bakımın amaçlandığı kişilere zarar verilmesinin önlenmesi
- Etkili(effective); ihtiyacı olanlara kanıta dayalı hizmet sunmak
- Zamanında(Timely); bekleme süresi ve buna bağlı zararlı gecikmeleri azaltmak
- Hasta merkezli(patient-centered); bireysel tercihlere, ihtiyaçlara ve değerlere yanıt veren bakımın sağlanması
- Etkin(efficient); mevcut kaynakların faydasını en üst düzeye çıkarmak ve israfi önlemek
- Hakkaniyetli(equitable); cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyal-ekonomik statü nedeniyle kalitesi değişmeyen bakımın sağlanması (WHO). Ayrıca;
- Bütünleşik(integrated); yaşam boyu tüm sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayan bakımın sağlanması (WHO).

Değişen ve gelişen sağlık sisteminin hem hekimlerden hem de sağlık hizmeti alan bireylerden beklenti artmaktadır. Sağlık bakım hizmeti alan bireylerin; kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almaları, hekimlerin kullandıkları ifadeleri anlamaları, kendileri ve diğer bireylerin sağlık kararlarını alabilme konusunda bir beklenti meydana gelmektedir. Bireylerin bu noktada sağlık okuryazarlığı becerileri devreye girmektedir (Yılmazel & Çetinkaya, 2016).

Sağlık hizmetleri üreticiye, tüketiciye, sağlık hizmetinin verileceği yere ve duruma bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Bu durum sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire vb.) ve sağlık hizmeti alacak bireylerin ihtiyaçlarına göre farklı tedavi hizmeti sunmasından ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının oluşturulması zor bir hal almaktadır. Bunun nedeni sağlık profesyonellerinin deneyimi, bireysel yetenekleri ve kişisel özelliklerinin farklılık göstermesiyle farklı hizmet sunumlarının yapılmasıdır. Sağlık hizmetlerinde hizmet eş zamanlı üretilir ve tüketilir. Sağlık hizmetini almak isteyen bireyler satın alma ve öncesinde kaliteyi değerlendirme olanağına sahip değildir ve bu kalite kontrolünü zorlaştırmaktadır. Ayrıca tedavi çıktılarıyla ilgili garanti verilmez. Tüm bunların ışığında sağlık hizmetlerinde kalite subjektif, karmaşık ve çok boyutludur (Mosadeghrad, 2014).

Hastanede birçok personel hastalar ile yakın temasta bulunmaktadırlar. Hasta ve yakınları sağlık kuruluşuna başvururken endişeli ve kaygılı durumdadırlar. Bu nedenle sağlık kuruluşuna başvuran bireyler her türlü ilgi ve alakaya muhtaç olduğu görülmektedir. Hekim, hemşire, yemekhane ve kantin, temizlik personeli ve bütün departmanlardaki personelden kibarlık ve güler yüz beklenmektedir. Personelin hastaya karşı olan tavırları, davranışları hastanın sağlık kuruluşu değerlendirmesinde etkili olmaktadır. Hasta ile direkt temasta olan personelin performansı hastanın hizmet kalitesine ilişkin algılarını büyük ölçüde etkilemektedir (Ramanujam, 2011). Sağlık kuruluşları hasta ile sağlık profesyonellerini bir araya getiren, teşhis ve tedavi için gerekli olan ortamı sağlayan bir aracı konumdadırlar. Sağlık etkileşimde güven önemli bir unsuru oluştururken, sağlık kurumlarında güven hekime duyulmakta ve kurum ikinci planda kalmaktadır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmeti alan bireylerin teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri süreçlerinde ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi süreçlerinde uluslararası belirlenmiş standartlar doğrultusunda hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması durumudur. Bireylerin ihtiyaçları esas alınarak kaliteli sağlık hizmetleri; şeffaflık, hasta katılımı, hasta ihtiyaçlarının karşılanması, hizmetlerin zamanında sağlanması, hizmet düzeyinin yeterliliği, hizmete erişim, süreklilik, kesinlik ve güvenirliliktir (Baydaş, Yalman, & Yaşar, 2020).

Sağlık hizmetlerinin sunulması ile çıktılarının ölçülmesi arasında genellikle uzun bir süre olmaktadır. Bunun yanı sıra bazı sağlık çıktıların ölçülmesi zor ve bazen imkânsız olabilmektedir. Bazı hastalar aldıkları tedavilerin uygulanması ile ilgili yeterli bilgi ve uzmanlığa sahip değillerdir. Bu bağlamda hasta, hekimin ve hemşirenin uyguladığı tedaviyi ve sağlık bakım hizmetlerini değerlendirememektedir. Hasta bunların dışında kalan personel hasta ilişkilerini, hastane ortamı gibi dolaylı nitelikleri esas alarak bir değerlendirme yapmaktadır ve sağlık hizmeti kalitesini bu değerlendirme etrafında oluşturmaktadır (Dursun & Çerçi, 2004).

Mal ve hizmet sektörlerindeki toplam kalite yönetimi ile sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi arasında oldukça büyük farklar vardır. Mal sektöründe hatalı üretilen ürünlerin üretimi durdurulur, durumun düzeltilmesi için gerekli önlemler alınabilir. Hizmet sektörüne bakıldığında müşteri memnuniyeti sağlanamadığı durumlarda, olabilecek en kötü senaryoda müşteri kaybedilebilir ve bunun önüne geçebilmek için gerekli önlemler alınır. Sağlık sektöründe ise hataya yer yoktur. Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkabilecek bir hata hastanın

hayatına mal olabileceği için sağlık hizmetlerinde kalite ve kaliteyi sağlamak kaçınılmaz bir hal almaktadır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, & Erdem, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri şu şekilde sıralanabilir;

- Etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği faaliyeti içermektedir.
- Etkililik, insan hayatı ile yakından ilişkili olup hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmelerdir. Verilen hizmetlerin hastanın sağlık durumunda yaptıkları değişimin, ideal hizmetler verildiğinde ortaya çıkan sonuçlarla mukayesesıyla ölçülür.
- Verimlilik, en etkili hizmetin en az maliyetle alıcısına verilmesini ifade etmektedir.
- Uygun olma, verilen hizmet ile maliyeti ve hastaya sağladığı yarar arasındaki dengenin sağlanmasıdır.,
- Kabul edilebilirlik, verilen hizmetin hem hastanın kendisinin hem de yakınlarının beklentileriyle uyumlu olması gerektiğini belirtmektedir.
- Yasallık, sağlık hizmetin sosyal toplumun kurallarını ve gereklilikleri ile uyumlu bir şekilde tüm bireyler tarafından onaylanmasıdır.
- Eşitlik, bireylerin elde edecekleri faydanın eşit olması şartıyla bireyler arasında hiçbir ayrımcılık yapmadan hizmetin sağlanmasıdır (Aygır & Önsüz, 2017).

Günümüzde sağlık çıktıları eşitlik, erişim ve kalite açısından pek çok kırsal kesimde sorun halindedir. Bunun yanı sıra insanların aldıkları sağlık hizmetleri konusunda farkındalıkları artması ve azalan sağlık hizmetleri kaynakları için artan rekabet, hasta güvenliği, maliyetler, sağlık sonuçları, hasta merkezli bakımı dengelemek için daha fazla hesap verilebilirlik talebine yol açtı (Arries, 2014).

Kaliteli sağlık hizmetinin ilkeleri 4 ana başlıkta toplanmaktadır;

- Hastanın ve toplumun beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak,
- Sistem ve süreç odaklılık,
- Elde edilen verileri analiz etmeyi sağlayıp hizmetin geliştirilmesi için kullanmak
- Var olan problemlerin çözümünü sağlayan ekip çalışmasını sağlamak ve sürdürmek (Brown, Fanco, Rafeh, & Hatzell, 1998).

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin sağlanmasında ortak bir yaklaşım bulunmamaktadır. Her kurum kendi bünyesinde değerlendirme yaptıktan sonra, kurum yapısına, çalışanların ve diğer kaynakların özelliklerine, yönetim biçimine ve içerisinde bulunduğu çevreye göre yöntemler belirleyip buna uygun adımlar atabilir. Sağlık hizmetlerinde kalite sağlanırken günlük hedefler doğrultusunda değil, yönetsel işlevlerin bir diğer yapı taşı olarak görülmelidir (Arpat, Şaşmaz, & Yürekli, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite, toplum sağlığına doğrudan etki etmektedir. Ortalama yaşam süresi, bebek ölüm düzeyleri, kronik hastalıkların tedavisi, kanser vakalarının düzeyi vb. göstergeler sağlık hizmeti sunan organizasyonların hizmet kalitelerinin birer göstergeleridir. Görüldüğü üzere tıbbi açıdan kalitenin artırılması çok önemlidir. Harvard Tıp Akademisinin 1991 yılında ortaya koymuş olduğu çalışmada ABD’de yılda yaklaşık seksen bin kişi sağlık hizmetleri kalitesinin yetersizliğinden hayatlarını kaybetmektedir. Kalitesiz sağlık hizmetlerin sunumu ülke ekonomisinde sağlığa harcanan maliyetlerinde artışına neden olmaktadır. WHO tarafından yapılan çalışmada ise her yıl sağlık hizmetlerin yetersizliğinden 26,6 milyon kişi hayatını kaybetmektedir (Öcel, 2016).

Sağlık hizmetlerinde kalite temelde tanı ve tedavi süreçlerinde doğruluk, isabetlilik ve uygunluk etrafında şekillendiği söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak için hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerinden beklentileri, aldıkları hizmeti nasıl algılayıp değerlendirdikleri ve mevcut kaynakların değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunların ışığında uygulanacak politikalar belirlenip geliştirilebilir. Buradan hareketle sağlık hizmetleri kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık hizmeti alan bireyleri bir sonraki hastalık durumunda kurumu tercih etmelerini sağlamak ve kurumun sağlık hizmetleri açısından iyileştirmesi gereken alanların belirlenmesini sağlamaktadır. Bu sayede sağlık hizmeti veren kurumlar hasta ihtiyaç ve beklentilerini sağlayacaktır (Kıdak, Nişancı, & Burmaoğlu, 2015).

Türkiye de sağlık hizmetlerinde kalite, Sağlık Bakanlığınca Sağlıkta Kalite Programı dönüşümü ile sağlık hizmetlerinde kalitenin en üst düzeye çıkarmak, hasta güvenliğini, hasta memnuniyetini ve çalışan güvenliğini sağlamak için oluşturulmuş bir sistemdir. Bu sistem 1., 2., 3.basamak, kamu, özel, üniversiteye bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda bulunmaktadır. Bu sistemin yapı taşlarını Kurumsal Yapı, Sağlık Kalite Standartları, Sağlıkta Kalite Göstergeleri ve Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri oluşturmaktadır (Uysal & Yorulmaz, 2018).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasına yönelik bazı politikalar ve düzenlemeler yapılmıştır. Örneğin Sağlık Bakanlığı 2001 yılında yayınladığı ‘Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi’ ile sağlık hizmetlerinin toplam kalite yönetimi anlayışıyla yürütülmesini hedeflemiştir. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı 2003 yılında ‘Sağlık Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden birini de ‘Nitelikli Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon’ oluşturmaktadır. Bu doğrultuda Mayıs 2007 yılında Bakanlığa bağlı Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu birim 2012 yılında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı ismini almıştır (Çıraklı, Gözlü, & Gözlü, 2014).

2.8. Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Hizmet sektörlerinin çoğalması ve buna bağlı olarak alternatiflerin artması tüketicinin aldığı hizmeti sorgulamasına ve iyileştirilmesini talep etmesine yol açmıştır. Bu durum bütün hizmet sektörlerinde kalite kavramının yeniden ele alınmasını önemli hale getirmiştir (Ertuğrul & Sarı, 2019). Kendi kalite tanımlarını yapan işletmeler bu alanda hangi noktada olduklarını bilmek isteyeceklerdir. En iyi ve kaliteli hizmeti verebilmek için verilen hizmetin değerinin ölçülmesi değişim ve gelişim için oldukça önemli bir basamaktır (Hemedoğlu, 2012).

Fiziksel olmayan hizmetlerin kalitesinin ölçümü oldukça zordur. Bu nedene bağlı olarak hizmet kalitesini ölçen az sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır. Bunlardan en fazla tercih edileni SERVQUAL yöntemidir. Bu yöntem 1985 yılında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından ortaya atılmıştır. Parasuraman tarafından 1988 yılında geliştirilip literatüre kazandırılmıştır. Servqual ölçeği birçok sektörde kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ile beklenen hizmet kalitesi arasındaki fark hizmet kalitesini ortaya koymaktadır (Ekin & İlayda, 2022). Servqual ölçeği temelde algılanan kalite(tüketicilerin aldıkları hizmetlere yönelik yargıları) kavramına dayanmaktadır. Zeithaml algılanan kalitesi kısmen memnuniyetle ilgili bir tutum biçimi olduğu kadar nesnel kaliteden farklı olarak görülebilecek ‘bir işletmenin genel mükemmelliği veya üstünlüğü hakkında tüketicilerin yargısı’ olarak tanımlamıştır. Beklentilerin performans algılarıyla karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan ‘kalitenin’ bir tutum olarak ele alınması araştırmacılar tarafından kabul görmektedir. Pek çok araştırmacı tüketici tarafından algılanan hizmet kalitesinin, işletmenin sunduklarını hissettikleri ile işletmenin ne sunması gerektiğine dair beklentilerinin karşılaştırılmasından kaynaklandığı fikrini doğrulamaktadır (Coulthard, 2004).

Parasuraman ve arkadaşları (1985) hizmet kalitesinin boyutlarından yola çıkarak hizmet kalitesinin ölçülebilmesi için 97 soru hazırlamışlardır. Hazırlanan bu sorulara yönelik 7’li

Likert ölçeği (1-kesinlikle katılmıyorum, 7- kesinlikle katılıyorum) oluşturmuşlardır. İlk aşamada tüketicilerin beklentileri ölçülürken ikinci aşamada tüketicilerin algıladıkları hizmet düzeyini ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Tüketicilerin beklentileri ve algıladıkları hizmet düzeyi arasındaki farkın hesaplanması ile ortalama Servqual sonucu ortaya çıkmaktadır. Ölçek başlangıçta 97 soruya sahipken daha sonra 22 soruya indirgenmiştir

Servqual ölçeği 5 boyuttan oluşmaktadır bu boyutlar şu şekildedir;

- Maddi varlıklar- fiziksel tesisler, ekipmanlar ve personelin görünümü
- Empati- önemseme, bireyselleştirilmiş ilgi
- Güvence-çalışanların bilgisi ve nezaketi ile onların güven ve itimat aktarma becerileri
- Güvenirlilik-vaat edilen hizmet güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirme yeteneği
- Yanıt verebilirlik-müşterilere yardım etme ve hızlı hizmet sunma istekliliği (Kilbourne, Duffy, Duffy, & Giarchi, 2004).

Servqual ölçeği kullanımı kolay kısa ve yeterli bir ölçek olarak kabul görmekte ve standart olarak anılmaktadır. Ölçeğin genellenebilirliğini ölçmek amacıyla birçok sektörde değerlendirilmiştir. Fakat bazı sektörlerde algılanan hizmet kalitesinin ve gerçek boyutluluğunun ölçülmesi konusunda kavramsal ve metodolojik sorunların bulunduğu ortaya konmuştur. Cronin ve Taylor'un 1994 yılında yaptığı çalışmada bir katılımcıya kendi performans algılarını işaretlemesinin istenmesi, halihazırda kişinin zihinsel algılarını ve beklentilerini karşılaştırmaya yönlendirdiğini ileri sürmüşlerdir. Bu noktada yalnızca performansın veya SERVPERF'in toplam kaliteyi en iyi açıklayan ölçü olduğunu savunuyorlar (Hudson, Hudson, & Miller, 2004).

SERVQUAL ölçeği hizmet kalitesini beklenen hizmet ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark olarak ölçmektedir. Ancak bazı çalışmalar müşterilerin beklentilerini alışık oldukları hizmet düzeyine göre ayarlama eğiliminde olduklarını bildirmiştir. SERVPERF ölçeği müşteri beklentilerinden bağımsız olarak hizmet performansını temel almaktadır. Servperf ve Servqual ölçeklerinin hizmet özelliklerinin farklı yönlerine ayrı ayrı odaklanmalarına rağmen Parasuraman ve arkadaşlarının 1985 yılında önerdiği gibi ortak boyutları paylaşmaktadır (Trivedi, Pareek, & Nigam, 2024).

Servqual ölçeği algılanan hizmet ve beklentilerin değerlendirilmesine yönelik iki kısımdan oluşan toplam 44 değişkenden oluşmaktadır. Servperf ölçeği bu ölçekte bulunan algılanan hizmet kalitesi sorularını aynen alarak 44 değişkenden 22'ye dūřürmüřtür. Bu durum sayesinde hizmet kalitesini ölçerken zamandan tasarruf sağlanmaktadır. Beklenti soruları dahil edilmediği için uygulanmasını ve değerlendirilmesi daha kolay hale gelmektedir (Fragoso & Espinoza, 2017).

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla hem SERVQUAL hem de SERVPERF modelleri kullanılmaktadır. Birçok çalışma sağlık alanında Servqual yöntemin kullanılmasını eleştirmektedir. Bunun nedeni Servqual yöntem ile hizmet kalitesini ölçerken algılar ve beklentiler arasındaki farkın kullanılması doğru bulunulmamıştır. Çünkü sağlık hizmetine başvuran bireylerin hizmeti almadan önce herhangi bir beklentilerinin olmadığı öne sürölmektedir. Çalışmamızda Servperf modeli uygun görölmüş ve bu yöntem ile sağlık hizmetleri kalitesi değerlendirilmeye çalışılmıştır (Sezer, Durmuş, & Bebiğ, 2020).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Ankara ilinin Çankaya ilçesinde bulunan bir özel hastanede yapılmıştır. Kesitsel bir araştırmadır.

3.1.Araştırmanın Amacı

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda ilerlemeler kaydedilmiştir. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin sunumunu kavrayabilmek, hastalıkların artması ile bu hastalıklar hakkında bilinç geliştirebilmek için gittikçe artan öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde verilen hizmetin değerini anlama ve kavrama oranının daha yüksek olacağı söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler ve kaynakların verimli kullanılabilmesi kalite ölçümünü zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması hastalar için istenen sonuçların alınabilmesi için önemlidir. Sağlık sektöründe rekabet ortamının artması, hastaları memnun etmek amacıyla hizmet kalitesinde artışların olması beklenen bir durumdur. Fakat sağlık hizmetlerinin asimetrik bilgi barındırması hizmet kalitesinin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık okuryazarlığındaki artış bu asimetrik bilgideki dengesizliğin önüne geçecektir. Buradan yola çıkarak çalışmamızda Ankara ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanede tedavi olan hastaların sağlık okuryazarlığı ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2.Veri Toplama Aracı

Bu çalışma, Ankara'da bulunan bir özel hastaneye tedavi olmak amacıyla gelen hastaların katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık Okuryazarlığı ve Servperf Hizmet Kalitesi Ölçeğinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anketin kişisel bilgi formunda yaş, eğitim durumu, medeni durum gibi demografik bilgilere yer verilmiştir. Sorensen tarafından 47 madde olarak geliştirilen HLS-EU (Health Literacy Survey in Europe) formu Toçi, Bruzari ve Sorensonun sadeleştirilmesiyle Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Index) olarak revize edilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bayık Temel ve Aras (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek 25 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Özgün ölçeğin standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alfa) 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir. SERVPERF (Algılanan) Hizmet Kalite ölçeği, SERVQUAL Hizmet Kalite ölçeğinin Cronin ve Taylor (1992) tarafından sağlık sektöründe daha güçlü sonuçlar vermesi için güncellenmiş halidir. Servqual hizmet kalitesi ölçeğindeki algılanan kısımdaki 22 soru aynen kullanılmaktadır. Ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0,74 ile 0,87

arasında değişmektedir. Türkçeye Uyarlanması Gürbüz, Lam ve Küçük (2005) tarafından yapılmıştır.

3.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Ankara ilinde araştırma yapılacak hastaneye başvuran 18 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Hastaneye bir yılda 10250 kişi başvurmaktadır. Kolayda örneklem yöntemi kullanılan çalışmada %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile bu evrende 371 örneklem yeterli görülmüştür. Veri toplama işlemi sonucunda 376 kişiye ulaşılmıştır. Tablo 3.1 dikkate alınarak hesaplama yapılmıştır.

Tablo 3.1 $\alpha=0.005$ İçin Örneklem Büyüklükleri

Evren Büyüklüğü	0.03 örnekleme hatası (d)			0.05 örnekleme hatası (d)			0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5	p=0.8	p=0.3	p=0.5	p=0.8	p=0.3	p=0.8	p=0.8	p=0.3
	q=0.2	q=0.2	q=0.7	q=0.5	q=0.2	q=0.7	q=0.2	q=0.2	q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	658	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Kaynak: (Yazıcıoğlu & Erdoğan, 2004).

3.4.Güvenirlilik Analizi

Çalışmada, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ), Servperf Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ve bu ölçeklerin alt boyutlarına ilişkin güvenirlilik analizi yapılmış olup, Cronbach's Alpha değerleri Tablo 3.2'de gösterilmiştir. Güvenirlilik analizi, bir ankette bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavramdır. Yapılan güvenirlilik analizlerinde α katsayısının 0,70 üzeri olması beklenmektedir (Pallant, 2020).Yapılan analizde tüm ölçek ve alt boyutlarının güvenirliliklerinin yeterli olduğu görülmüştür

Tablo 3.2 Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçekler alt boyutları	Cronbach's Alpha	N
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)	0,949	25
Bilgiye Erişim	0,841	5
Bilgileri Anlama	0,827	7
Değer Bıçme	0,872	8
Uygulama	0,855	5
Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ)	0,939	22
Fiziksel Özellikler	0,779	4
Güvenilirlik	0,801	5
Heveslilik	0,842	4
Güven	0,793	4
Empati	0,841	5

3.5.Verilerin analizi

Verilerin analizi IBM SPSS İstatistik 26 versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcıların kategorik değişkenleri sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerde normal dağılım çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak bulunmuş olup Tablo 3.3'de gösterilmiştir. Normal dağılımın kurallarına göre çarpıklık ve basıklık değerinin $\pm 2,0$ arasında olması gerekmektedir (Daren & Mallery, 2010). Bu kapsamda Tablo 3.3'de tüm ölçek ve alt boyutlarının da normal dağılıma uyduğu görülmüştür.

Tablo 3.3 Ölçek ve alt boyutların Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek ve alt boyutları	Skewness (Çarpıklık)		Kurtosis (Basıklık)	
	İstatistik	Std. Hata	İstatistik	Std. Hata
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)	-1,082	0,126	0,656	0,251

Bilgiye Erişim	-1,005	0,126	0,143	0,251
Bilgileri Anlama	-0,823	0,126	0,055	0,251
Değer Biçme	-1,116	0,126	1,02	0,251
Uygulama	-1,223	0,126	1,541	0,251
Hizmet Kalite Ölęeđi (HKÖ)	-1,219	0,126	1,322	0,251
Fiziksel Özellikler	-0,849	0,126	0,354	0,251
Güvenilirlik	-0,931	0,126	0,529	0,251
Heveslilik	-1,349	0,126	1,868	0,251
Güven	-1,18	0,126	1,007	0,251
Empati	-1,308	0,126	1,433	0,251

Araştırmada kullanılan veriler normal dağılım sergilediği için parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanlarının cinsiyete, medeni duruma, kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılmasında Independent Sample T (Bağımsız grup t testi) testi, yaş, eğitim durumu ve meslek gruplarına göre karşılaştırılmasında One Way Anova (Tek Yönlü ANOVA) Testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığın karşılaştırılmasında Post Hoc testleri kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Pearson testleri kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı; 0,00-0,30 arası düşük, 0,30-0,70 arası orta ve - 0,70-1,00 arası ise yüksek düzeyde bir ilişki olarak değerlendirilmiştir (Büyüköztürk, 2020).

4.BULGULAR

Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistiki bulgular Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 376 kişinin %47,1’i kadın (177) ve %52,9’u ise erkektir (199). Eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların % 13’ünün ilkokul, % 5’inin ortaokul, % 26’sının lise, % 44’ünün üniversite mezunu olduğu, % 12’sinin ise lisansüstü eğitimini tamamladığı görülmektedir. Hastaların % 24,5’inin 18-26 yaş aralığında, % 25,5’inin 27-36 yaş aralığında, % 26,3’ünün 37-49 yaş aralığında ve % 23,7’sinin ise 50-75 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Hastaların %46’sı bekar, % 24 evlidir. %78’inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. %22’si ise kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların mesleklerine bakıldığında, % 10’unun öğrenci, % 16’sının memur, % 32’sinin işçi/özel sektör, % 6’sının esnaf/serbest meslek, % 18’inin diğer meslek gruplarında olduğu ve % 17’sinin ise çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 4.1 Katılımcılara Ait Tanımlayıcı İstatistiki Bulgular

Değişken	Kategori	<i>f</i>	%
Cinsiyet	Kadın	177	47,1
	Erkek	199	52,9
Eğitim Durumu	İlkokul	50	13,3
	Ortaokul	18	4,8
	Lise	99	26,3
	Üniversite	164	43,6
	Lisansüstü	45	12
Yaş	18-26 yaş	92	24,5
	27-36 yaş	96	25,5
	37-49 yaş	99	26,3
	50-75 yaş	89	23,7
Medeni Durum	Bekar	174	46,3
	Evli	202	53,7
Kronik Hastalık Durumu	Yok	293	77,9
	Var	83	22,1
Meslek	Öğrenci	39	10,4
	Memur	60	16
	İşçi/özel sektör	122	32,4
	Esnaf/s.meslek	23	6,1
	Diğer	69	18,4
	Çalışmıyor	63	16,8

Katılımcılara uygulanan ölçek ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistik bulgular incelenmiş olup, Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre; Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ortalama puanı 103,76, standart sapma değeri 16,05, hesaplanan en küçük değer 46 ve en büyük değer 125 olarak bulunmuştur. Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ortalama puanı 95,49 standart sapma değeri 11,89, hesaplanan en küçük değer 49 ve en büyük değer 110’dur.

Tablo 4.2 Katılımcılara Uygulanan Ölçklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulgular

Ölçekler	N	\bar{X}	S.S.	Min.	Max.
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)	376	103,76	16,05	46	125
Bilgiye Erişim	376	20,23	4	8	25
Bilgileri Anlama	376	28,39	4,86	14	35
Değer Biçme	376	33,39	5,56	13	40
Uygulama	376	21,77	3,32	10	30
Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ)	376	95,49	11,89	49	110
Fiziksel Özellikler	376	16,76	2,76	6	22
Güvenilirlik	376	21,09	3,28	10	25
Heveslilik	376	17,65	2,48	8	20,00
Güven	376	17,81	2,29	10	20
Empati	376	22,25	2,94	12	25

Min.: Minimum, Max.: Maximum, \bar{X} .: Ortalama, S.S: Standart sapma

4.1.Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistiksel Bilgilerine Göre Ölçek Puanlarının Farklılaşması Durumlarının Karşılaştırılması

4.1.1.Cinsiyete göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre farklılaşma durumlarına ilişkin bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 4.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3 Katılımcıların cinsiyete göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	N	\bar{X}	S.S.	t	p
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Kadın	177	104,2	16,51	0,507	0,614
	Erkek	199	103,36	15,66		
Bilgiye Erişim	Kadın	177	20,15	4,13	-0,336	0,737
	Erkek	199	20,29	3,88		
Bilgileri Anlama	Kadın	177	28,66	5,02	0,984	0,326
	Erkek	199	28,16	4,72		
Değer Biçme	Kadın	177	33,66	5,5	0,887	0,376
	Erkek	199	33,15	5,62		
Uygulama	Kadın	177	21,77	3,39	0,013	0,989
	Erkek	199	21,76	3,26		
Hizmet Kalite Ölçeği	Kadın	177	95,75	11,76	0,386	0,700
	Erkek	199	95,27	12,03		
Fiziksel Özellikler	Kadın	177	16,85	2,71	0,647	0,518
	Erkek	199	16,67	2,81		
Güvenilirlik	Kadın	177	21,13	3,16	0,235	0,814
	Erkek	199	21,05	3,39		
Heveslilik	Kadın	177	17,64	2,46	-0,056	0,956
	Erkek	199	17,66	2,5		
Güven	Kadın	177	17,86	2,21	0,403	0,688
	Erkek	199	17,76	2,36		
Empati	Kadın	177	22,32	2,95	0,448	0,654
	Erkek	199	22,19	2,93		

\bar{X} : Ortalama, S.S.: Standart Sapma, t: Independent Sample T testi p: Anlamlılık değeri

Tablo 4.3 incelendiğinde; katılımcıların cinsiyetlerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ve alt boyutları ile Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Her bir ölçek ve alt boyutları için kadın ve erkek katılımcıların ortalama puanlarına bakıldığında puanların birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

4.1.2.Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Katılımcıların eğitim kategorilerine göre ölçek puanlarının farklılaşma durumlarına dair tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4.4'da gösterilmiştir.

Tablo 4.4 Katılımcıların eğitim kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	f	\bar{X}	S.S.	F	p	Fark
------------------------	----------	---	-----------	------	---	---	------

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	İlkokul (A)	50	83,42	17,03	45,029	0,01**	E>A,B,C D>A,B,C C>A,B
	Ortaokul (B)	18	91,33	17,82			
	Lise (C)	99	103,52	11,59			
	Üniversite (D)	164	109,04	13,11			
	Lisansüstü (E)	45	112,6	9,81			
Bilgiye Erişim	İlkokul (A)	50	14,72	4,24	55,046	0,01**	E>A,B,C D>A,B,C C>A,B B>A
	Ortaokul (B)	18	17,22	4,45			
	Lise (C)	99	20,17	3,25			
	Üniversite (D)	164	21,69	2,9			
	Lisansüstü (E)	45	22,33	1,76			
Bilgileri Anlama	İlkokul (A)	50	22,34	5,25	42,925	0,01**	E>A,B,C D>A,B,C C>A,B
	Ortaokul (B)	18	25	5,12			
	Lise (C)	99	28,14	3,78			
	Üniversite (D)	164	30,03	3,92			
	Lisansüstü (E)	45	31,07	2,89			
Değer Bıçme	İlkokul (A)	50	27,56	6,48	29,104	0,01**	E>A,B,C D>A,B,C C>A,B
	Ortaokul (B)	18	29,22	7,19			
	Lise (C)	99	33,22	4,42			
	Üniversite (D)	164	34,94	4,53			
	Lisansüstü (E)	45	36,22	3,78			
Uygulama	İlkokul (A)	50	18,8	3,64	17,132	0,01**	E>A,B D>A,B C>A
	Ortaokul (B)	18	19,89	3,03			
	Lise (C)	99	21,98	2,63			
	Üniversite (D)	164	22,41	3,17			
	Lisansüstü (E)	45	22,98	2,88			

*p<0,05, **p<0,01, F: One Way Anova Testi, Fark: Post Hoc Testleri

Tablo 4.4 incelendiğinde; katılımcıların eğitim kategorilerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (p<0,05). Toplam ölçek puanı ve alt boyut puanlarına genel olarak bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça ölçek ve alt boyut puanlarının da arttığı görülmektedir. Hangi kategoriler arasında anlamlı farklılıklar olduğu yapılan çoklu karşılaştırma (Post Hoc) testleri ile ortaya konmuştur.

Bu kapsamda Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kategorilerine bakıldığında Lisansüstü (\bar{x} =112,6) ve üniversite (\bar{x} =109,04) mezunu katılımcılarının SOÖ puan ortalamalarının, lise (\bar{x} =103,52), ortaokul (\bar{x} =91,33) ve ilkokul (\bar{x} =83,42) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Lise mezunu (\bar{x} =103,52) katılımcılarının SOÖ puan ortalamalarının, ortaokul (\bar{x} =91,33) ve ilkokul (\bar{x} =83,42) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu, ortaokul (\bar{x} =91,33) mezunu katılımcılarının SOÖ puan ortalamalarının ise ilkokul (\bar{x} =83,42) mezunu katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bilgiye erişim alt boyutuna bakıldığında lisansüstü (\bar{x} =22,33) puanları üniversite (\bar{x} =21,69) mezunu katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bunun haricinde tüm kategoriler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Bilgileri anlama alt boyutuna bakıldığında lisansüstü (\bar{x} =31,07) puanları, üniversite (\bar{x} =30,03) mezunu katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmasına rağmen, ortaokul (\bar{x} =25,00) puanları, ilkokul (\bar{x} =22,34) mezunu katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bunun haricinde tüm kategoriler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Değer biçme alt boyutuna bakıldığında lisansüstü (\bar{x} =36,22) puanları, üniversite (\bar{x} =34,94) mezunu katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmasına rağmen, ortaokul (\bar{x} =29,22) puanları, ilkokul (\bar{x} =27,56) mezunu katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bunun haricinde tüm kategoriler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Uygulama alt boyutuna bakıldığında Lisansüstü (\bar{x} =22,98) ve üniversite (\bar{x} =22,41) mezunu katılımcılarının puan ortalamalarının, ortaokul (\bar{x} =19,89) ve ilkokul (\bar{x} =18,8) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Lise mezunu (\bar{x} =21,98) katılımcılarının uygulama alt boyut puan ortalamalarının, ilkokul (\bar{x} =18,8) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.1.3.Hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Katılımcıların eğitim kategorilerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının farklılaşma durumlarına dair tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4.5’de gösterilmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların eğitim kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	<i>f</i>	\bar{X}	S.S.	F	<i>p</i>	Fark
Hizmet Kalite Ölçeği	İlkokul (A)	50	98,80	8,14	2,632	0,034*	A,B>D
	Ortaokul (B)	18	99,44	5,60			
	Lise (C)	99	95,19	12,31			
	Üniversite (D)	164	93,76	12,83			
	Lisansüstü (E)	45	97,22	11,75			
Fiziksel Özellikler	İlkokul (A)	50	17,48	2,28	2,789	0,026*	A>D
	Ortaokul (B)	18	17,00	2,35			
	Lise (C)	99	17,09	2,74			
	Üniversite (D)	164	16,24	2,73			
	Lisansüstü (E)	45	16,98	3,30			
Güvenilirlik	İlkokul (A)	50	21,78	2,64	1,55	0,187	
	Ortaokul (B)	18	21,94	2,26			
	Lise (C)	99	20,96	3,48			
	Üniversite (D)	164	20,74	3,40			
	Lisansüstü (E)	45	21,51	3,24			
Heveslilik	İlkokul (A)	50	18,24	1,42	1,49	0,202	
	Ortaokul (B)	18	18,17	2,41			
	Lise (C)	99	17,35	2,95			
	Üniversite (D)	164	17,52	2,38			
	Lisansüstü (E)	45	17,91	2,57			
Güven	İlkokul (A)	50	18,36	1,80	3,021	0,018*	B>C,D
	Ortaokul (B)	18	19,17	1,10			
	Lise (C)	99	17,57	2,40			
	Üniversite (D)	164	17,60	2,42			
	Lisansüstü (E)	45	17,93	2,14			
	İlkokul (A)	50	22,94	2,40			
	Ortaokul (B)	18	23,17	1,50			
	Lise (C)	99	22,30	2,82			

Empati	Üniversite (D)	164	21,71	3,38	3,231	0,013*	B>D
	Lisansüstü (E)	45	22,96	1,93			E>D

*p<0,05, **p<0,01, F: One Way Anova Testi, Fark: Post Hoc Testler

Tablo 4.5 incelendiğinde; katılımcıların eğitim kategorilerine göre Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ile fiziksel özellikler, güven ve empati alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Güvenilirlik ve Heveslilik alt boyut puanlarının ise eğitim kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hangi kategoriler arasında anlamlı farklılıklar olduğu yapılan çoklu karşılaştırma (post hoc) testleri ile ortaya konmuştur.

Bu kapsamda Hizmet Kalite Ölçeği kategorilerine bakıldığında ilkokul ($\bar{x}=98,8$) ve ortaokul ($\bar{x}=99,44$) mezunu katılımcıların ölçek puan ortalamalarının, üniversite ($\bar{x}=93,76$) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel özellikler alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında ilkokul mezunu ($\bar{x}=17,48$) katılımcıların puan ortalamalarının, üniversite ($\bar{x}=16,24$) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Güven alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında ortaokul mezunu ($\bar{x}=19,17$) katılımcıların puan ortalamalarının, lise ($\bar{x}=17,57$) ve üniversite ($\bar{x}=17,60$) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Empati alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında ortaokul mezunu ($\bar{x}=23,17$) ve lisansüstü mezunu ($\bar{x}=22,96$) katılımcıların puan ortalamalarının üniversite ($\bar{x}=21,71$) mezunu katılımcı puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.1.4.Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş durumuna göre karşılaştırılması

Katılımcıların yaş kategorilerine göre ölçek puanlarının farklılaşma durumlarına dair tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6 Katılımcıların yaş kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	f	X	S.S.	F	p	Fark
------------------------	----------	---	---	------	---	---	------

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	18-26 yaş (A)	92	108,03	13,76	17,051	0,01**	A,B,C>D
	27-36 yaş (B)	96	107,80	12,78			
	37-49 yaş (C)	99	104,58	13,50			
	50-75 yaş (D)	89	94,07	19,74			
Bilgiye Erişim	18-26 yaş (A)	92	21,67	2,86	19,797	0,01**	A,B,C>D
	27-36 yaş (B)	96	21,05	3,38			A>C
	37-49 yaş (C)	99	20,34	3,55			
	50-75 yaş (D)	89	17,71	4,88			
Bilgileri Anlama	18-26 yaş (A)	92	29,36	4,32	12,118	0,01**	A,B,C>D
	27-36 yaş (B)	96	29,55	3,69			
	37-49 yaş (C)	99	28,65	4,38			
	50-75 yaş (D)	89	25,87	6,04			
Değer Bıçme	18-26 yaş (A)	92	34,63	4,84	15,311	0,01**	A,B,C>D
	27-36 yaş (B)	96	34,79	4,57			
	37-49 yaş (C)	99	33,77	4,57			
	50-75 yaş (D)	89	30,16	6,87			
Uygulama	18-26 yaş (A)	92	22,42	3,26	8,385	0,01**	A,B,C>D
	27-36 yaş (B)	96	22,41	3,05			
	37-49 yaş (C)	99	21,82	2,87			
	50-75 yaş (D)	89	20,34	3,70			

*p<0,05, **p<0,01, F: One Way Anova Testi, Fark: Post Hoc Testleri

Tablo 4.6 incelendiğinde; katılımcıların yaş kategorilerine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (p<0,05). Toplam ölçek puanı ve alt boyut puanlarına genel olarak bakıldığında yaş ilerledikçe ölçek ve alt boyut puanlarının düştüğü görülmektedir. Yani daha genç olanlar daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanına sahiptir. Hangi kategoriler arasında anlamlı farklılıklar olduğu yapılan çoklu karşılaştırma (post hoc) testleri ile ortaya konmuştur.

Bu kapsamda Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kategorilerine bakıldığında 18-26 yaş (\bar{x} =108,1), 27-36 yaş (\bar{x} =107,8) ve 37-49 yaş (\bar{x} =104,58) kategorisindeki katılımcıların SOÖ puan ortalamalarının, 50-75 yaş (\bar{x} =94,1) katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bilgiye erişim alt boyutu kategorilerine bakıldığında 18-26 yaş (\bar{x} =21,7), 27-36 yaş (\bar{x} =21,1) ve 37-49 yaş (\bar{x} =20,3) kategorisindeki katılımcıların puan ortalamalarının, 50-75 yaş (\bar{x} =17,8) katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine 18-26 yaş (\bar{x} =21,7) aralığındaki katılımcıların puan ortalamalarının 37-49 yaş (\bar{x} =20,3) aralığındaki katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bilgileri anlama alt boyutu yaş aralıklarına bakıldığında 18-26 yaş ($\bar{x}=29,4$), 27-36 yaş ($\bar{x}=29,6$) ve 37-49 yaş ($\bar{x}=28,7$) kategorisindeki katılımcıların puan ortalamalarının, 50-75 yaş ($\bar{x}=25,87$) katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Değer biçme alt boyutu yaş aralıklarına bakıldığında 18-26 yaş ($\bar{x}=34,6$), 27-36 yaş ($\bar{x}=34,8$) ve 37-49 yaş ($\bar{x}=33,7$) kategorisindeki katılımcıların puan ortalamalarının, 50-75 yaş ($\bar{x}=30,16$) katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Uygulama alt boyutu yaş aralıklarına bakıldığında 18-26 yaş ($\bar{x}=22,4$), 27-36 yaş ($\bar{x}=22,4$) ve 37-49 yaş ($\bar{x}=21,8$) kategorisindeki katılımcıların puan ortalamalarının, 50-75 yaş ($\bar{x}=20,34$) katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.1.5. Hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş durumuna göre karşılaştırılması

Katılımcıların yaş kategorilerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının farklılaşma durumlarına dair tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7 Katılımcıların yaş kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	<i>f</i>	\bar{X}	S.S.	F	<i>p</i>	Fark
Hizmet Kalite Ölçeği	18-26 yaş (A)	92	91,67	15,54	4,512	0,004**	D>A
	27-36 yaş (B)	96	96,13	11,76			
	37-49 yaş (C)	99	96,67	9,43			
	50-75 yaş (D)	89	97,46	9,12			
Fiziksel Özellikler	18-26 yaş (A)	92	16,32	3,14	1,223	0,301	
	27-36 yaş (B)	96	16,73	2,91			
	37-49 yaş (C)	99	16,95	2,27			
	50-75 yaş (D)	89	17,02	2,67			
Güvenilirlik	18-26 yaş (A)	92	20,23	4,04	2,969	0,032*	D>A
	27-36 yaş (B)	96	21,20	3,28			
	37-49 yaş (C)	99	21,42	2,79			
	50-75 yaş (D)	89	21,48	2,74			
Heveslilik	18-26 yaş (A)	92	16,87	3,28	4,352	0,005**	D>A B>A C>A
	27-36 yaş (B)	96	17,99	2,23			
	37-49 yaş (C)	99	17,97	1,92			
	50-75 yaş (D)	89	17,74	2,16			
Güven	18-26 yaş (A)	92	17,05	2,79			

	27-36 yaş (B)	96	17,92	2,39			
	37-49 yaş (C)	99	17,98	1,97	5,016	0,002**	D>A
	50-75 yaş (D)	89	18,28	1,69			
Empati	18-26 yaş (A)	92	21,41	3,66			
	27-36 yaş (B)	96	22,32	2,88			
	37-49 yaş (C)	99	22,34	2,81	4,257	0,006**	D>A
	50-75 yaş (D)	89	22,93	1,97			

*p<0,05, **p<0,01, F: One Way Anova Testi, Fark: Post Hoc Testleri

Tablo 4.7 incelendiğinde; katılımcıların yaş kategorilerine göre Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ile, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Fiziksel özellikler alt boyut puanlarının ise yaş kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hangi kategoriler arasında anlamlı farklılıklar olduğu yapılan çoklu karşılaştırma (post hoc) testleri ile ortaya konmuştur.

Hizmet Kalite ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında 50-75 yaş ($\bar{x}=97,5$) aralığında yer alan katılımcıların ölçek puanlarının 18-26 yaş ($\bar{x}=91,7$) aralığında yer alan katılımcılardan yüksek olduğu görülmektedir.

Güvenilirlik alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında 50-75 yaş ($\bar{x}=21,5$) aralığında yer alan katılımcıların ölçek puanlarının 18-26 yaş ($\bar{x}=20,2$) aralığında yer alan katılımcılardan yüksek olduğu görülmektedir.

Heveslilik alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında 18-26 yaş ($\bar{x}=16,8$) aralığında yer alan katılımcıların ölçek puanlarının, 27-36 yaş ($\bar{x}=17,99$), 37-49 yaş ($\bar{x}=17,97$) ve 50-75 yaş ($\bar{x}=17,74$) aralığında yer alan katılımcılardan anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. Empati alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında 50-75 yaş ($\bar{x}=22,9$) aralığında yer alan katılımcıların ölçek puanlarının 18-26 yaş ($\bar{x}=21,4$) aralığında yer alan katılımcılardan yüksek olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar bağlamında genel olarak bir değerlendirme yapıldığında hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş ile doğru orantılı olduğu yani yaş ilerledikçe puanların da arttığı söylenebilir.

4.1.6. Medeni duruma göre ölçek alt boyut ve puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanlarını medeni duruma göre farklılaşmalarına ilişkin t testi sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8 Katılımcıların medeni durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	N	\bar{X}	S.S.	t	p
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Bekar	174	105,94	16,32	2,46	0,014*
	Evli	202	101,88	15,61		
Bilgiye Erişim	Bekar	174	21,18	3,61	4,437	0,01**
	Evli	202	19,41	4,14		
Bilgileri Anlama	Bekar	174	28,77	4,97	1,39	0,164
	Evli	202	28,07	4,76		
Değer Biçme	Bekar	174	33,98	5,63	1,94	0,053
	Evli	202	32,87	5,46		
Uygulama	Bekar	174	22,04	3,64	1,49	0,137
	Evli	202	21,53	3,00		
Hizmet Kalite Ölçeği	Bekar	174	93,91	13,97	-2,353	0,019*
	Evli	202	96,86	9,58		
Fiziksel Özellikler	Bekar	174	16,53	2,87	-1,47	0,140
	Evli	202	16,95	2,66		
Güvenilirlik	Bekar	174	20,72	3,84	-1,95	0,052
	Evli	202	21,40	2,68		
Heveslilik	Bekar	174	17,31	2,85	-2,440	0,015*
	Evli	202	17,95	2,06		
Güven	Bekar	174	17,56	2,59	-1,900	0,058
	Evli	202	18,02	1,97		
Empati	Bekar	174	21,91	3,30	-2,067	0,040*
	Evli	202	22,54	2,55		

*: $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, \bar{X} : Ortalama, S.S.: Standart Sapma, t: Independent Sample T testi

Tablo 4.8 incelendiğinde; katılımcıların medeni durumlarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ile bilgiye erişim alt boyutu ve Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ile heveslilik ve empati alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Bununla birlikte bilgileri anlama, değer biçme, uygulama, fiziksel özellikler güvenilirlik ve güven alt boyut puanlarının ise medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Anlamlı farklılık bulunan ölçek ve alt boyutlar genel olarak incelendiğinde, bekar olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının daha yüksek, bunun yanında hizmet kalite ölçeği puanlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir.

4.1.7.Kronik hastalık durumuna göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanlarını medeni duruma göre farklılaşmalarına ilişkin t testi sonuçları Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9 Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	N	\bar{X}	S.S.	t	p
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Yok	293	105,39	14,31	3,12	0,01**
	Var	83	98,00	20,15		
Bilgiye Erişim	Yok	293	20,63	3,64	3,2	0,01**
	Var	83	18,81	4,81		
Bilgileri Anlama	Yok	293	28,80	4,46	2,65	0,001**
	Var	83	26,95	5,89		
Değer Biçme	Yok	293	33,93	4,88	2,94	0,01**
	Var	83	31,46	7,21		
Uygulama	Yok	293	22,04	3,08	2,72	0,008**
	Var	83	20,78	3,89		
Hizmet Kalite Ölçeği	Yok	293	94,73	12,27	-2,61	0,01**
	Var	83	98,18	10,07		
Fiziksel Özellikler	Yok	293	16,62	2,85	-1,948	0,053
	Var	83	17,23	2,41		
Güvenilirlik	Yok	293	20,88	3,31	-2,45	0,015*
	Var	83	21,83	3,08		
Heveslilik	Yok	293	17,54	2,58	-1,94	0,053
	Var	83	18,06	2,03		
Güven	Yok	293	17,68	2,33	-2,281	0,024*
	Var	83	18,28	2,06		
Empati	Yok	293	22,10	3,06	-2,144	0,033*
	Var	83	22,78	2,41		

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, \bar{X} : Ortalama, S.S.: Standart Sapma, t: Independent Sample T testi

Tablo 4.9 incelendiğinde; katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ile bilgiye erişim, bilgileri alma, değer biçme ve uygulama alt boyutu ve Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ile güvenilirlik, güven ve empati alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Bununla birlikte fiziksel özellikler ve heveslilik alt boyut puanlarının ise kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Anlamlı farklılık bulunan ölçek ve alt boyutlar genel olarak incelendiğinde, herhangi bir kronik hastalığı olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyut puanlarının daha yüksek, bunun yanında hizmet kalite ölçeği puanlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir.

4.1.8.Sağlık okuryazarlığı ölçeği alt boyut puanlarının meslek kategorilerine göre karşılaştırılması

Katılımcıların meslek kategorilerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının farklılaşma durumlarına dair tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Tablo 4.10 Katılımcıların meslek kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	f	X	S.S.	F	p	Fark
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Öğrenci (A)	39	110,15	11,03	11,78	0,01**	A>D,E,F B>D,E,F C>D,E,F
	Memur (B)	60	109,1	10,89			
	İşçi/ö s. (C)	122	107,7	11,53			
	Esnaf/s.m. (D)	23	92,78	20,65			
	Diğer (E)	69	95,94	20,08			
	Çalışmıyor (F)	63	99,63	17,42			
Bilgiye Erişim	Öğrenci (A)	39	22,10	2,33	10,59	0,01**	A>D,E,F B>D,E C>D,E
	Memur (B)	60	21,32	2,73			
	İşçi/ö s. (C)	122	21,10	3			
	Esnaf/s.m. (D)	23	18,65	4,82			
	Diğer (E)	69	18,38	4,91			
	Çalışmıyor (F)	63	18,76	4,67			
Bilgileri Anlama	Öğrenci (A)	39	29,56	4,05	7,75	0,01**	A>D,E B>D,E,F C>D,E
	Memur (B)	60	30,15	3,63			
	İşçi/ö s. (C)	122	29,3	3,91			
	Esnaf/s.m. (D)	23	25,57	5,04			
	Diğer (E)	69	26,49	6,18			
	Çalışmıyor (F)	63	27,35	5,12			
Değer Bıçme	Öğrenci (A)	39	35,69	3,99	11,42	0,01**	A>D,E,F B>D,E,F C>E
	Memur (B)	60	35,07	3,78			
	İşçi/ö s. (C)	122	34,7	4,09			
	Esnaf/s.m. (D)	23	29,35	8,02			
	Diğer (E)	69	30,67	6,67			
	Çalışmıyor (F)	63	32,27	5,87			
Uygulama	Öğrenci (A)	39	22,79	2,68	8,59	0,01**	A>D,E B>D,E C>D,E
	Memur (B)	60	22,57	2,92			
	İşçi/ö s. (C)	122	22,52	2,66			
	Esnaf/s.m. (D)	23	19,30	4,27			
	Diğer (E)	69	20,41	3,67			
	Çalışmıyor (F)	63	21,30	3,46			

*p<0,05, **p<0,01, F: One Way Anova Testi, Fark: Post Hoc Testler

Tablo 4.10 incelendiğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve tüm alt boyutlarının meslek kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p>0,05).

Hangi kategoriler arasında anlamlı farklılıklar olduğu yapılan çoklu karşılaştırma (post hoc) testleri ile ortaya konmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında Öğrenci (\bar{x} =110,15), memur (\bar{x} =109,1) ve işçi/özel sektör (\bar{x} =107,7) kategorilerinde yer alan

katılımcıların puanlarının esnaf/serbest meslek ($\bar{x}=92,8$), diğer ($\bar{x}=95,9$) ve çalışmıyor ($\bar{x}=99,6$) kategorilerinde yer alan katılımcı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bilgiye erişim alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında öğrenci ($\bar{x}=22,1$) kategorisinde yer alan katılımcıların puan ortalamalarının, esnaf/serbest meslek ($\bar{x}=18,7$), diğer ($\bar{x}=18,4$) ve çalışmıyor ($\bar{x}=18,8$) kategorilerinde bulunan katılımcıların puan ortalamalarından, memur ($\bar{x}=21,3$) ve işçi/özel sektör ($\bar{x}=21,2$) kategorilerinde yer alan katılımcıların puanlarının esnaf/serbest meslek ($\bar{x}=18,7$), diğer ($\bar{x}=18,4$) kategorilerinde yer alan katılımcı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bilgileri anlama alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında öğrenci ($\bar{x}=29,6$) ve işçi /özel sektör ($\bar{x}=30,2$) kategorisinde yer alan katılımcıların puan ortalamalarının, esnaf/serbest meslek ($\bar{x}=25,6$), diğer ($\bar{x}=26,5$) kategorilerinde yer alan katılımcı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Memur ($\bar{x}=30,15$) kategorisinde yer alan katılımcı puanlarının esnaf/serbest meslek ($\bar{x}=25,6$), diğer ($\bar{x}=26,5$) ve çalışmıyor ($\bar{x}=27,4$) kategorilerinde yer alan katılımcı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Değer biçme alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında öğrenci ($\bar{x}=35,7$) ve memur ($\bar{x}=35,1$) kategorilerinde yer alan katılımcıların puanlarının esnaf/serbest meslek ($\bar{x}=29,4$), diğer ($\bar{x}=30,7$) ve çalışmıyor ($\bar{x}=32,3$) kategorilerinde yer alan katılımcı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. İşçi/serbest meslek ($\bar{x}=34,7$) kategorisinde yer alan katılımcıların puan ortalamalarının diğer ($\bar{x}=30,67$) kategoride yer alan katılımcı puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı ölçek puanlarına yönelik genel bir değerlendirme yaptığımızda öğrenci, memur ve işçi/özel sektör puanlarının esnaf/serbest meslek, diğer ve çalışmıyor kategorilerindeki puanlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

4.1.9.Hizmet kalite ölçeği ve alt boyut puanlarının meslek durumuna göre karşılaştırılması

Katılımcıların meslek kategorilerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının farklılaşma durumlarına dair tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11 Katılımcıların meslek kategorilerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Kategori	f	\bar{X}	S.S.	F	P	Fark
Hizmet Kalite Ölçeği	Öğrenci (A)	39	92,90	14,56	1,65	0,147	
	Memur (B)	60	93,57	14,01			
	İşçi/ö s. (C)	122	95,62	10,78			
	Esnaf/s.m. (D)	23	93,17	14,41			
	Diğer (E)	69	96,84	11,50			
	Çalışmıyor (F)	63	98,06	8,62			
Fiziksel Özellikler	Öğrenci (A)	39	16,72	2,60	2,144	0,60	
	Memur (B)	60	16,35	3,24			
	İşçi/ö s. (C)	122	16,78	2,73			
	Esnaf/s.m. (D)	23	15,39	3,56			
	Diğer (E)	69	16,97	2,33			
	Çalışmıyor (F)	63	17,38	2,41			
Güvenilirlik	Öğrenci (A)	39	20,59	4,17	2,207	0,053	
	Memur (B)	60	20,53	3,32			
	İşçi/ö s. (C)	122	21,04	3,07			
	Esnaf/s.m. (D)	23	20,00	4,34			
	Diğer (E)	69	21,48	3,11			
	Çalışmıyor (F)	63	21,98	2,50			
Heveslilik	Öğrenci (A)	39	16,97	3,15	1,037	0,396	
	Memur (B)	60	17,50	2,55			
	İşçi/ö s. (C)	122	17,79	2,36			
	Esnaf/s.m. (D)	23	18,00	2,47			
	Diğer (E)	69	17,52	2,73			
	Çalışmıyor (F)	63	17,97	1,77			
Güven	Öğrenci (A)	39	17,03	3,00	1,906	0,093	
	Memur (B)	60	17,57	2,67			
	İşçi/ö s. (C)	122	17,75	2,14			
	Esnaf/s.m. (D)	23	17,87	2,32			
	Diğer (E)	69	18,10	2,18			
	Çalışmıyor (F)	63	18,30	1,55			
Empati	Öğrenci (A)	39	21,59	3,48	1,687	0,137	
	Memur (B)	60	21,70	3,51			
	İşçi/ö s. (C)	122	22,32	2,45			
	Esnaf/s.m. (D)	23	21,91	3,36			
	Diğer (E)	69	22,93	2,79			
	Çalışmıyor (F)	63	22,43	2,74			

*p<0,05, **p<0,01, F: One Way Anova Testi, Fark: Post Hoc Testler

Tablo 4.11 incelendiğinde; katılımcıların meslek gruplarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ve alt boyutları ile Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Her bir ölçek ve alt

boyutları için meslek gruplarındaki katılımcıların ortalama puanlarına bakıldığında puanların birbirine oldukça yakın olduğu gör÷lmektedir. Bununla birlikte hizmet kalite ölçeği puanlarına bakıldığında en yüksek puanın alışmıyor ($\bar{x} = 98,06$) kategorisinde olduğu gör÷lmektedir.



4.2.Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyi

Katılımcılara uygulanan ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyleri incelenmiş olup, Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12 Katılımcılara Uygulanan Ölçek ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Düzeyleri

Ölçek ve alt boyutları	Katsayı	SOÖ	BE	BA	DB	UYG	HKÖ	FÖ	GVNLL	HEV	G	EMP
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)	r	1										
	p											
Bilgiye Erişim (BE)	r	0,841**	1									
	p	0,01										
Bilgileri Anlama (BA)	r	0,927**	0,740**	1								
	p	0,01	0,01									
Değer Bıçme (DB)	r	0,945**	0,708**	0,819**	1							
	p	0,01	0,01	0,01								
Uygulama (UYG)	r	0,871**	0,586**	0,749**	0,834**	1						
	p	0,01	0,01	0,01	0,01							
Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ)	r	0,226**	-0,002	0,229**	0,253**	0,327**	1					
	p	0,01	0,966	0,01	0,01	0,01						
Fiziksel Özellikler (FÖ)	r	0,154**	-0,054	,115*	0,206**	0,288**	0,781**	1				
	p	0,003	0,297	0,026	0,01	0,01	0,01					
Güvenilirlik (GVNLL)	r	0,224**	0,01	0,240**	0,245**	0,314**	0,896**	0,659**	1			
	p	0,01	0,995	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01				
Heveslilik (HEV)	r	0,214**	0,05	0,225**	0,228**	0,258**	0,851**	0,508**	0,736**	1		
	p	0,01	0,336	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01			
Güven (G)	r	0,167**	0,004	0,177**	0,170**	0,253**	0,865**	0,540**	0,728**	0,735**	1	
	p	0,001	0,931	0,001	0,001	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		
Empati (EMP)	r	0,196**	-0,003	0,208**	0,217**	0,276**	0,859**	0,606**	0,654**	0,663**	0,729**	1
	p	0,01	0,961	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	

**p<0,01, r= Pearson korelasyon analizi

Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ile Hizmet Kalite Ölçeği (HKÖ) puanları arasında düşük düzeyde ($r=0,226$), pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (SOÖ) kendi alt boyutları ile arasında yüksek düzeyde (bilgiye erişim $r=0,841$, bilgileri anlama $r=0,927$, değer biçme $r=0,945$ ve uygulama $r=0,871$) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hizmet Kalite Ölçeğinin kendi alt boyutları ile arasında yüksek düzeyde (fiziksel özellikler $r=0,781$, güvenilirlik $r=0,896$, heveslilik $r=0,851$, güven $r=0,865$, empati $r=0,859$) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (SOÖ) Hizmet Kalite Ölçeği alt boyutları ile arasında düşük düzeyde (fiziksel özellikler $r=0,154$, güvenilirlik $r=0,224$, heveslilik $r=0,214$, güven $r=0,167$, empati $r=0,196$) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutları ile arasında düşük düzeyde (bilgiye erişim $p>0,01$ ilişki anlamsız, bilgileri anlama $r=0,229$, değer biçme $r=0,253$ ve uygulama $r=0,327$) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0$

5.TARTIŞMA

Günümüzde insanların sağlıkla ilgili bilinç düzeyleri artmakta bununla beraber sağlıklı olma ve sağlıklı kalma istekleri artmaktadır. Okuryazar bireylerin sayısında artış ve teknolojinin gelişmesi ile bireylerin bilgiye erişimi çok daha kolay hale gelmiştir. Bireyler her şeyin en kalitelisine ulaşmak istemektedirler. Özelleşen sağlık sistemi ile birlikte sağlığını korumak ve geliştirmek isteyen bireyler kaliteli hizmete ulaşma çabasındadırlar. Ülkemizde sağlık kuruluşlarının artması, rekabet ortamının gelişmesini sağlamıştır. Bu rekabet ortamında varlığını sürdürmeye çalışan özel sağlık kuruluşları, hasta isteklerine ve beklentilerine yönelik hareket etmelidirler. Sağlık bilincinin artması ve sağlık okuryazarlık düzeyinde pozitif yöndeki artış hekim hasta arasındaki asimetrik bilginin azalmasına yol açabilir. Böylelikle hastalar aldıkları hizmeti öncekine göre daha kapsamlı bir şekilde değerlendirebilir. Bu durumun sağlık kuruluşlarının kalite konusunda kendilerini geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır.

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalitesi kavramlarının birlikte incelendiği az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu alanda çalışmaların çoğaltılması sağlık kuruluşlarının eksiklerini belirlemede yardımcı olacaktır ve sağlık kuruluşlarının bu eksiklerini giderme veyahut düzeltme yoluna girmesini sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan hastaların hizmet kalitesi ölçeğinde en düşük algıladıkları ‘Hizmet aldığım hastanenin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahiptir.’ olurken en yüksek algıladıkları ‘Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastalara birebir ilgi gösterir’ olmuştur. Songur ve ark. (2017) Servperf yöntemiyle yaptığı çalışmada en yüksek algıladıkları ‘Poliklinik servisinin genel görünüşü temizdir’ yargısı olmuştur.

Araştırmamıza katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinde en düşük katılıma sahip puan ortalaması ‘Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?’ sorusuna verirken en yüksek katılıma sahip puan ortalaması ‘Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?’ sorusu olmuştur. Beşir Mahsun (2018)’un kadınların sağlık okuryazarlığı üzerine yaptığı çalışmada ‘Sizi ilgilendiren hastalığın bulgularına yönelik bilgiler’ kavramı en zorlandıkları olurken ‘Hastalandığınızda sağlık hizmetini nereden alacağınızı bilme’ kavramı en az zorlandıkları yargı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan 376 kişinin %47’si kadın olurken %52,9 erkektir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları ile Hizmet Kalitesi ve alt boyutları puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Sezer ve ark. (2020) yaptığı çalışmada cinsiyet ve hizmet kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların tersine İkişik ve ark. (2020) çalışmasında, kadınlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı %21,7 çıkarken mükemmel sağlık okuryazarlığı %14,6 olarak tespit edilmiştir. Erkek katılımcılarda ise %53,9 oranında sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir. Çelik ve ark. (2020) yaptığı çalışmada ise cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark kaydedilememiştir. Araştırmamız Çelikyürek ve ark. (2020) yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir. Bükecik ve Adana (2021)'nin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği ile yaptığı çalışma da, sağlık okuryazarlığı puanları ile cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile bilgi erişim alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunurken bilgileri anlama ve değer biçme boyutları arasında anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Çalışmamıza katılan kadın ve erkek bireylerin eğitim durumları birbirlerine yakın olduğu göz önünde bulundurularak cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunmaması açıklanabilir.

Bakan ve Yıldız (2019)'ın yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim alan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Demirli (2018) Edirne ilinde 18 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmaya göre; ilkokul mezunu bireylerin %42,22'si yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olurken, yüksek lisans mezunlarının %50'sinin sınırlı ve doktora mezunlarının ise tamamının yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda eğitim durumuna göre SOÖ ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre eğitim durumu yükseldikçe sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarında anlamlı düzeyde yükselme göstermiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden alınan en düşük puan 25 en yüksek puan 125 olarak alındığında çalışmamızdaki ortalama 103,76 şeklinde hesaplanmıştır. Bu durumda çalışmamıza katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu söylenilebilir.

Çalışmamızda herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek çıkarken Atalay Çelikyürek ve ark. (2020) yaptığı çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek olarak bulunmuştur.

Yeşildağ ve Ulusoy (2021) Servperf ölçeği kullanarak hastanede yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmaya göre eğitim durumu düşük olan bireyler, aldıkları hizmeti daha kaliteli bulmuşlardır. Bunun yanında kronik rahatsızlığı olan hastaların kronik rahatsızlığı olmayan hastalara göre aldıkları hizmeti daha kaliteli bulduklarını tespit etmişlerdir. Çalışmamızda

ilkokul ve ortaokul mezunu bireylerin hizmet kalitesi puan ortalamasının üniversite mezunu bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda çalışmamızda kronik rahatsızlığı olan bireylerin hizmet kalite ölçeği puanları daha yüksek olmuştur.

Çimen ve Bayık Temel (2017) 65 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmaya göre; yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı görülmüştür. Bu çalışmaya göre 65-74 yaş grubu bireylerde sağlık okuryazarlığı en düşük olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması (ort±s.s.) 38,65±14,31 şeklindedir. Çalışmamızda 50-75 arasındaki katılımcıları sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının diğer kategorilere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bakımdan çalışmamız, Çimen ve Bayık Temel'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir. 65 yaş üstü bireylerin görece daha düşük eğitim seviyesine sahip olmaları sebebiyle yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin düşmesi arasında bir bağlantı olduğunu düşünmekteyiz.

Meslek gruplarına göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutlarında ile Hizmet Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu durum Öz ve Uyar'ın (2014) Algılanan Hizmet Kalitesi üzerine yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir. Hizmet Kalitesi ve alt boyutları cinsiyet grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Taşkiran Mohammad (2007) çalışmasıyla paraleldir. Yorgancıoğlu Tarcan ve Yalçın Balçık (2020) yaptığı çalışmada çalışmaya katılan bireylerin hizmet kalitesi yönelik algıları ile medeni durum, cinsiyet ve hastanın çalışıp çalışmadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Çalışmamızda medeni duruma göre hizmet kalitesi ölçeği ile fiziksel özellikler, güvenilirlik, güven arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmasa da heveslilik ve empati boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda hizmet kalitesi ölçeği ile mesleki durum göz önüne alındığında anlamlı bir fark bulunmamıştır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma Ankara ilinde bir özel hastanede hizmet almak için başvuran 18 yaş üstü bireylerin, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile algıladıkları hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler ayrı ayrı incelemeye alınmış, hizmet kalitesi ölçümünde SERVPERF skoru ile karşılaştırmalı etkileşimleri sorgulanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve tüm alt boyutları katılımcıların eğitim durumları bağlamında incelendiğinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Lisans ve Lisansüstü eğitime sahip bireylerin lise, ortaokul ve ilkokul mezunlarına göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları oldukça yüksek çıkmıştır. Lisans ve lisansüstü eğitime sahip bireylerin okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Öte yandan ilkokul ve ortaokul mezunlarının hizmet kalitesi puanları, lisans mezunu bireylerden oldukça yüksek olduğu ortaya konmuştur. İlkokul ve ortaokul mezunlarının hizmet kalitesi anlayışı ile lisans mezunlarının algıladıkları kalite arasında yüksek farklılıklar vardır. İlkokul mezunlarının hizmet alınan hastanenin fiziksel özelliklerine yönelik algıları diğer katılımcılara göre daha yüksek çıkmıştır.

Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ters orantılı bir ilişki söz konusudur. Yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı düzeyi düşmektedir. Hizmet kalitesi noktasında bakıldığında yaş ile hizmet kalitesi algısı arasında doğru orantı olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe algılanan hizmette artmaktadır.

Öğrenci ve memurların hastalıklar hakkında bilgiye erişim düzeyleri diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaya verilen bilgilerin anlaşılması konusunda öğrenci ve işçi/özel sektör kategorileri daha yüksektir. Genel anlamda bakıldığında öğrenci, işçi/özel sektör ve memurların sağlık okuryazarlığı daha yüksektir.

Çalışmada sağlık okuryazarlığı ile hizmet kalitesi arasında düşük düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmaya göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ile arasında düşük düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin alt boyutlarıyla arasında yine düşük düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki söz konusudur.

Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıka aldığı hizmete atfettiği değer farklılaşmaktadı. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıka hizmet aldığı kurumdan, hekimden ve personelden daha iyi bir performans beklemekte ve kurumun verdiği hizmeti geniş bir perspektifte değerlendirmektedir. Bunu etkileyen bir diğer unsur bireylerin sahip olduğu eğitim düzeyidir. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıka kendilerini daha rahat ifade etmektedirler ve hekimle daha güçlü bir iletişim kurabilmektedirler. Sonuç olarak çalışmamızda belirli kategoriler etrafında sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalitesi arasındaki ilişki irdelenmiş olup etki eden unsurlar tespit edilmeye çalışılmıştır. Bireylerin yaş, eğitim durumu, meslek gibi demografik özellikleri aldıkları hizmeti değerlendirmede etki etmektedir.

6.2. neriler

Bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için sağlık kuruluşları, sağlık profesyonelleri ve hkmetler birlikte çalışma yürüterek bu sorunu çözüme kavuşturabilirler. Okullarda sağlık eğitimiyle ilgili daha fazla derse yer verilebilir. Hastaneler belli aralıklarla hasta memnuniyetini ölçerek güçlü ve zayıf yanlarını öğrenebilir ve bunlara yönelik faaliyetler yürütebilirler. Bireyin, toplumun sağlığının ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi her zaman temel hedef olmalıdır.

Çalışmamız sınırlı bir alanda yürütülmüş olup bu sınırlılıklar içerisinde belirli sonuçlara ulaşılmış ve literatüre katkı sağlanmak istenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin analizi konusunda kadın, yaş, eğitim durumu, bireylerin ekonomik durumu ve kronik hastalıkların çeşidinin yer aldığı farklı hedef grupları alınarak çalışmalar yürütülebilir.

7.KAYNAKLAR

- Akbaba, A., & Kılınc, İ. (2001). Hizmet kalitesi ve turizm işletmelerinde Servqual uygulamaları. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 162-168.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 354-362.
- Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. F. Yıldırım, & A. Keser içinde, *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- Aksaraylı, M., & Saygın, Ö. (2011). Algılanan hizmet kalitesi ve lojistik regresyon analizi ile hizmet tercihinin etkisinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21-37.
- Anbarlı Boztaş, Ş., & Kavaslar, B. (2019). Çanakkale 18 mart üniversitesi akademik personellerinin Elektronik Belge Yönetim Sisteminden (EBYS) beklenen hizmet kalitesi, algılanan hizmet kalitesi ve memnuniyet değerlerinin demografik özelliklerine göre değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 957-967.
- Araç, S., & Koç, E. S. (2023). Sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon. *IAAOJ | Health Sciences*, 210-224.
- Arıkan, A. (2020). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri arasında bir araştırma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Arısoy, D. Ş. (2017). Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin servqual yöntem ile ölçülmesine yönelik bir uygulama. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Arpat, B., Şaşmaz, N., & Yürekli, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde kalite maliyetleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler*, 313-332.
- Arries, E. J. (2014). Patient safety and quality in healthcare: Nursing ethics for ethics quality. *Nursing Ethics*, 3-5.
- Ashida, S., Goodman, M. S., Pandya, C., & Koehly, L. M. (2011). Age differences in genetic knowledge, health literacy and causal beliefs for health conditions. *Public Health Genomics*, 307-316.
- Aslantekin, F., Gökteş, B., Uluşen, M., & Erdem, R. (2006). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 55-71.
- Atalay Çelikyürek, N., Meydan Acımış, N., & Özcan, B. (2020). Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık Okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 258-266.
- Atalı, E. (2023). Sağlık kaygısı, algılanan stres, çevrimiçi sağlık bilgisi arama (Siberkodri), Sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiler. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık kurumları, sağlık kurumlarında marka ve Elazığ ili sağlık sektörü. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 45-64.
- Aydın, K., & Yıldırım, S. (2012). Hizmet sektöründe servperf ölçeği ile hizmet kalitesinin belirlenmesi (Sağlık hizmetleri sektöründe bir uygulama). *Journal of Economics and Management Research*, 33-52.
- Aygar, H., & Önsüz, F. (2017). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi. *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 26-32.
- Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., & Salerno, C. (2021). What is the prevalence of low health literacy in european union member states? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 753-761.
- Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 33-40.
- Baydaş, A., Yalman, F., & Yaşar, M. E. (2020). The mediating role of health literacy in the effect of health service quality on patient loyalty. *International Journal of Contemporary Economics and Administrative Sciences*, 131-150.
- Bayık Temel, A., & Aras, Z. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 85-94.
- Benyon, K. (2014). Health literacy. *InnovAit*, 437-440.

- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 2-8.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 9-19.
- Beşir Mahsun, E. (2018). Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı üreme çağındaki kadınların sağlık okuryazarlığının obstetrik kararları üzerindeki etkisinin belirlenmesi. Bursa: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Brown, L. D., Fanco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1998). *Quality assurance methodology refinement series 'Quality Assurance of Health Care in Developing Countries'*. Bethesda.
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., & et al. (2018). IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. *Global Health Promotion*, 79-88.
- Bükecik, N., & Adana, F. (2021). Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. *Caucasian Journal of Science*, 1-13.
- Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem.
- Cardoso, R., Tosin, M., Oliveira, B., Moraes, K. L., & Santana, R. F. (2023). The multidimensionality of low health literacy in older adults: A scoping review of international studies. *Clinical Nursing Research*, 270-277.
- Chakraverty, D., Baumesister, A., Aldin, A., Jakop, T., Seven, Ü. S., & et al. (2020). Gender-Specific aspects of health literacy: Perceptions of interactions with migrants among health care providers in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2, 1-20.
- Christia, J., & Ard, A. (2016). The influence of demographic characteristics on service quality perceptions. *Journal of Marketing Management*, 57-62.
- Coulthard, L. J. (2004). A review and critique of research using SERVQUAL. *International Journal of Market Research*, 479-497.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 67-88.
- Çelikyürek, N. A., Meydan Acımış, N., & Özcan, B. (2020). Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 258-266.
- Çiçek, Y. (2021). Algılanan hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki: Dumlupınar üniversitesi Hüsni Özyeğin yurdunda bir uygulama. *Dumlupınar Üniversitesi İİBF Dergisi*, 69-836.
- Çiler Erdağ, G. (2015). Sağlıkta temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı. F. Yıldırım, & A. Keser içinde, *Sağlık Okuryazarlığı* (s. 1-132). Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Çimen, Z., & Bayık Temel, A. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 105-125.
- Çıraklı, Ü., Gözlü, M., & Gözlü, K. (2014). Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi : Yozgat'ta yer alan iki hastanenin yatan hastaları üzerinde bir çalışma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 61-82.
- Dalgıç, A. (2013). Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin ölçümü ve hizmet kalitesini etkileyen faktörler. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- Daren, G., & Mallery, P. (2010). SPSS for windows step by step: A simple guide and reference (10a Ed). Boston.
- Demirli, P. (2018). Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma Edirne ili örneği. Edirne: Trakya Üniversitesi.
- Deniz, S. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 79-92.
- Dursun, Y., & Çerçi, M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1-16.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H., Demiray Ready, N., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Ekin, E., & İlayda, C. G. (2022). Hizmet kalitesinin sayısal yöntemlerle ölçümü: Servqual ölçeği istatiki analiz ile hizmet sektörü örneği. *Journal Of Turkish*, 1196-1211.

- Erdoğan Yüce, G., & Muz, G. (2023). Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin kronik hastalığa uyum ile ilişkisinin incelenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1115-1123.
- Eroğlu, S. (2023). Sağlık hizmetleri sistemine çok boyutlu güven ve sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesi: Bir alan araştırması. Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi.
- Ertuğrul, İ., & Sarı, G. (2019). Hizmet kalitesi ölçümünde SERVQUAL tekniği: Bir üniversite uygulaması. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 21-35.
- Fragoso, J. T., & Espinoza, I. L. (2017). Assessment of banking service quality perception using the SERVPERF model. *Contaduría y Administración*, 1294-1316.
- Görgülü, E. (2023). Ankara üniversitesi hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin araştırılması. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 36-44.
- Güllü, A., Yücel, H., İşbilir, L., & Aslan, S. (2023). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri: Kesitsel bir çalışma. *SAUHSD*, 388-402.
- Gürbüz, B., Lam, E., & Koçak, S. (2005). Hizmet kalitesi değerlendirme ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *HAYEF: Journal of Education*, 70-77.
- Güven, E. Ö., & Sarıışık, M. (2014). Konaklama hizmetlerinde davranışsal niyeti etkileyen hizmet kalitesi boyutları. *İşletme Bilimi Dergisi*, 21-50.
- Halifeoğlu, M. (2023). Endüstriyel pazarlarda algılanan hizmet kalitesi, güven ve memnuniyet üzerine bir araştırma. *Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11-29.
- Hemedoğlu, E. (2012). Metro hizmetlerinde hizmet kalitesini ölçme: Algılanan hizmet kalitesi ve beklenen hizmet kalitesi üzerine bir karşılaştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, 25-47.
- Hudson, S., Hudson, P., & Miller, G. A. (2004). The measurement of service quality in the tour operating sector: A methodological comparison. *Journal of Travel Research*, 305-312.
- İkışık, H., Turan, G., & Kutay, F. (2020). Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 247-252.
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 151-159.
- Improving Health Literacy*. (2017, 5 10). WHO: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy> adresinden alındı
- Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 5.
- Kavuncuoğlu, D. (2020). Erzurum il merkezinde yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkili faktörler. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Kaya, E., & Karaca Sivrikaya, S. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sted*, 216-221.
- Kaya, Ş. D., & Tekpınar, L. (2021). Sağlık, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sınıflandırılması. Ş. D. Kaya içinde, *Sağlık Hizmetleri Yönetimi* (s. 36). Ankara: Nobel Yayınları.
- Kaya, Ş. D., Kocaoğlu, M., & Yüceler, A. (2022). Health literacy and rational drug use in Türkiye: Quantitative and qualitative approaches. *Journal of Health Literacy*, 9-23.
- Kendir Çopurlar, C., & Kartal, M. (2016). What is health literacy? How to measure it? Why is it important? *JFM&PC*, 42-47.
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlık tanımı: Başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 47-49.
- Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N., & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü: Kamu hastanesi ölçümü. *Yönetim ve Ekonomi*, 483-500.
- Kilbourne, W., Duffy, A., Duffy, M., & Giarchi, G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *Journal of Services Marketing*, 524-533.

- Koçoğlu, C. M., & Aksoy, R. (2012). Hizmet kalitesinin servperf yönetimi ile ölçülmesi:Otobüs işletmeleri üzerinde bir uygulama. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi* , 1-21.
- Kripakani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *JGIM*, 888-890.
- Kurşunluoğlu Yarimoğlu, E. (2014). A review on dimensions of service quality models. *Journal of Marketing Management*, 79-93.
- Liao, S.-H., Hu, D.-C., & Chou, H.-L. (2022). Consumer perceived service quality and purchase intention: Two moderated mediation models investigation. *Sage Open*, 1-15.
- Maheswaranathan, M., Eudy, A. M., Bailey, S. C., Rogers, J. L., & Clowse, M. E. (2021). Low health numeracy is associated with higher disease activity in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 489-494.
- Malik, M., Zaidi, R. Z., & Hussain, A. (2017). Health literacy as a global public health concern: A systematic review. *Pharmacology&Clinical Research*, 1-7.
- Mbanda, N. (2024). *Improving health literacy for people with low literacy*. Auckland Park: University Johannesburg.
- Meherali, S., Punjani, N. S., & Mevawala, A. (2020). Health literacy interventions to improve health outcomes in low- and middle-income countries. *Health Literacy Research and Practice*, 2050-266.
- Moore, R., & Perry, D. (2013). *Health literacy developments, issues and outcomes*. Newyork: Nova Publishers.
- Morris, N. S., MacLean, C. D., & Littenberg, B. (2013). Change in health literacy over 2 years in older Adults with diabetes. *Sage Journals*, 638-646.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factor infulencing healthcare service quality. *IJHPM*, 77-89.
- Muhanga, M., & Malungo, J. R. (2017). The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. *International Journal of Health*, 107-114.
- Mutlu, A. T., & Durmaz, Y. (2021). Bankaların satış ve pazarlama faaliyetlerinin incelenmesi ve oluşan hizmet kalitesinin ölçülmesi. *Journal of Social Sciences of Mus Alparslan University*, 109-1331.
- Nermin, U. (1998). *Hizmet sektöründe kalite yönetimi: Stratejik bir yaklaşım*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* , 259-267.
- Oksay, A. (2016). Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek? *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 181-192.
- Okumuş, A., & Duygun, A. (2008). Eğitim hizmetlerinin pazarlanmasında hizmet kalitesinin ölçümü ve algılanan hizmet kalitesi ile öğrenci memnuniyeti arasındaki ilişki. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17-38.
- Orhan, M. (2016, Haziran). Hizmet yönetimi ve hizmet kalitesi.Keçiören belediyesi hizmet kalitesinin servqual analizi ile ölçümüne ilişkin bir uygulama. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Osborne, H. (2013). *Health literacy from A to Z*. Burlington: Jones&Bartlett Learning.
- Öcel, Y. (2016). Sağlık hizmet kalitesi ve algılanan doktor imajının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. Düzce: Düzce Üniversitesi.
- Öz, M., & Uyar, E. (2014). Sağlık hizmetleri pazarlamasında algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 123-132.
- Özdemir, S., Akça, H. Ş., Algın, A., & Kokulu, K. (2019). Health literacy in the emergency department: A cross-sectional descriptive study. *Eurasian J Emerg Med.*, 94-97.
- Özel, N. G. (2019). Beklenen hizmet kalitesi ile algılanan hizmet kalitesi ilişkisi: Selçuk üniversitesi merkez kütüphanesi'nde bir araştırma. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Özer, O. (2018). Sağlık hizmeti sunan kuruluşların kurumsal sağlık okuryazarlığı ile hizmet sundukları kişilerin sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul: Medipol Üniversitesi.
- Pallant, J. (2020). *SPSS kullanma kılavuzu*. Anı Yayınları.

- Papatya, G., Papatya, N., & Hamşioğlu, B. (2012). Sağlık hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti: İki özel hastanede karşılaştırmalı bir araştırma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 87-108.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its Implications for future research. *Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 1-64.
- Pekyaman, A., & Baydeniz, E. (2020). Hizmet kalitesinin önem performans analizi ile ölçülmesi: Afyonkarahisar ili beş yıldızlı termal otel örneği. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 173-199.
- Platter, H., Kaplow, K., & Baur, C. (2022). The value of community health literacy assessments: Health literacy in maryland. *Public Health Reports*, 471-478.
- Pleasant, A. (2013). Health literacy in the United States: A brief overview and introduction. *Health Literacy Around the World: Part 2 Health Literacy Efforts Within the United States and a Global Overview* (s. 1-109). içinde Tucson: Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy.
- Qi, S., Hua, F., Xu, S., Zhou, Z., & Liu, F. (2021). Trends of global health literacy research (1995–2020): Analysis of mapping knowledge domains based on citation datamining. *PLoS ONE*, 1-23. <https://journals.plos.org/plosone/article/figure?id=10.1371/journal.pone.0254988.g002> adresinden alındı
- Ramanujam, P. G. (2011). Service quality in health care organisations: A study of corporate hospitals in Hyderabad. *Journal of Health Management*, 177-202.
- Reilly, J. (2020). Health literacy. *InnovAit*, 490-494.
- Sabırcan, F. (2020). *Sağlık iletişimi perspektifinde sağlık okuryazarlığı*. eBook Collection(EBSCOhost).
- Sağlık Okuryazarlığı*. (2018, 23 10). İzmir İl Sağlık Müdürlüğü: <https://cigliegitimh.saglik.gov.tr/tr-141365/saglik-okuryazarligi.html> adresinden alındı
- Samancı, M., & Kök, S. B. (2020). Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesi: Samsun ili örneği. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 43-53.
- Sand-Jecklin, K., & Coyle, S. (2014). Efficiently assessing patient health literacy: The BHLS instrument. *Clinical Nursing Research*, 581-600.
- Sarıyar, S., & Fırat Kılıç, H. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 126-131.
- Say, Ş. (2020). Sağlık Okuryazarlığının sağlık hizmeti kalitesini algılama üzerine etkisi Gümüşova ilçesi entegre hastanesinde ayakta teşhis ve tedavi gören hastalar üzerinde bir uygulama. *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 1-23.
- Schaffler, J., Leung, K., Tremblay, S., Merdsoy, L., Belzile, E., Lambrou, A., & Lambert, S. D. (2018). The effectiveness of self-management interventions for individuals with low health literacy and/or low income: A descriptive systematic review. *JGIM*, 510-523.
- Sezer, C., Durmuş, A., & Beşik, M. (2020). Özel sağlık kuruluşlarında hizmet alan bireylerin kalite algılarının belirlenmesi: Bir SERVPERF uygulaması. *Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi*, 93-98.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. İ. Çınarlı, & H. Yücel içinde, *Sağlık İletişimi* (s. 73-91). İstanbul: Galatasaray Üniversitesi .
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 1-9.
- Songur, L., Turan, A., & Songur, G. (2017). Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin SERVPERF ölçeği ile ölçülmesi: Şerefli Koçhisar Devlet Hastanesi örneği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 807-819.
- Sorensen, K., Karuranga, S., Denysiuk, E., & McLernon, L. (2018). Health literacy and social change: exploring networks and interests groups shaping the rising global health literacy movement. *IUHPE- Global Health Promotion*, 89-92.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 1053-1058.

- Sun, S., Lu, J., Wang, Y., Wang, Y., Wu, L., Zhu, S., . . . Xu, H. (2022). Gender differences in factors associated with the health literacy of hospitalized older patients with chronic diseases: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 1-10.
- Şahinli, S., & Tarım, M. (2020). Sağlık sektöründe hizmet kalitesi ölçümü: Sistemantik bir derleme çalışması. *Journal of Healthcare Management and Leadership* , 1-14.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.
- Taş, D. (2012). Sağlık hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* , 79-102.
- Taşkıran Mohammad, G. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi , servqual analiz ile değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde uygulama. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Tekbaş, S., Dal Yılmaz, Ü., & Pola, G. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 74-84.
- Tekin, Ö. A., Kalkan, G., & Duman, H. (2014). Hizmet kalitesinin önem-performans analizi ile ölçülmesi: Üniversite sosyal tesislerinin konaklama üniteleri üzerinde bir uygulama. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 751-770.
- Temür, B., & Aksoy, N. (2022). Hastalık yönetiminde dijital sağlık okuryazarlığı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 413-417.
- Temür, Y., & Bakırcı, F. (2008). Türkiye'de sağlık kurumlarının performans analizi: Bir VZA uygulaması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 261-281.
- Tezcan, F. (2022). The COVID-19 pandemic and health literacy skills as part of adult and continuing education: Perspectives from Turkey. *New Horizons in Adult Education & Human Resource Development*, 49-52.
- Trivedi, S. D., Pareek, A., & Nigam, A. (2024). Evaluating the applicability of SERVQUAL scale in measuring service quality in a manufacturer-to-distributor context. *IUP Journal Marketing Managment*, 160-182.
- UNESCO. (2024). *Unesco. Literacy*: <https://www.unesco.org/en/literacy/need-know> adresinden alındı
- Uruç Öztürk, E. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve önemi. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1-5.
- Uruç Öztürk, E. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve önemi. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1-5.
- Uyguç, N. (1998). *Hizmet sektöründe kalite yönetimi: Stratejik bir yaklaşım*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Uysal, B., & Yorulmaz, M. (2018). Sağlıkta kalite standartları ve bilişsel mahremiyet. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 24-33.
- Weiss, B. D. (2003). Health Literacy. B. D. Weiss içinde, *Health literacy : A manual for clinicians* (s. 48). AMA Foundation.
- WHO. (tarih yok). *Improving health literacy*. WHO: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy> adresinden alındı
- WHO. (tarih yok). *Quality of care*. World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 adresinden alındı
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 383-389.
- Wright, M. A., Shapiro, D. S., Chopra, A., & Murthi, A. M. (2023). Limited health literacy in shoulder and elbow patients. *Shoulder&Elbow*, 1-7.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 321-326.
- Yazıcıoğlu, Y., & Erdoğan, S. (2004). *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay.
- Yeşildağ, A. Y., & Ulusoy, H. (2021). Hastanede yatan hastaların algıladığı hizmet kalitesinin değerlendirilmesi: Trabzon ili örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 91-106.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *DEUHFED*, 142-147.

Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 69-74.

Yorgancıoğlu Tarcın, G., & Yalçın Balçık, P. (2020). Sağlık hizmeti kalitesi algısını etkileyen faktörlerin servperf modeli ile belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 81-92.

Zengin, E., & Erdal, A. (2000). Hizmet sektöründe toplam kalite yönetimi. *Journal of Qafqaz University* , 43-56.





8.EKLER

8.1. EK1 Etik Kurul Kararı



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 35	Toplantı Tarihi: 05.07.2023
---------------------	-----------------------------

Karar Sayısı:2023/496:(Başvuru ID: 14573.R1) N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aydan YÜCELER'in "Sağlık Okuryazarlığı ve Algılanan Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki: Bir Özel Hastane Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci İmren DEMİRTAŞ'ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aydan YÜCELER'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Aydan YÜCELER
Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi İmren DEMİRTAŞ

ASLI GİBİDİR
05.07.2023

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

8.2. EK2 Anketler

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan 'Sağlık Okuryazarlığı ve Algılanan Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki: Bir Özel Hastane Örneği' isimli yüksek lisans tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmamız katılımında gönüllük esastır ve paylaştığınız bilgiler gizli tutulacaktır. Sağlıklı veri elde edebilmemiz adına soru formunun eksiksiz bir şekilde doldurulmanızı rica ederiz.

Araştırmamıza zaman ayırıp katıldığınız için teşekkür ederiz.

İmren DEMİRTAŞ

Doç. Dr. Aydan YÜCELER

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Yönetimi A.B.D.

Sağlık Yönetimi A.B.D.

Kişisel Bilgi Formu

- Cinsiyet:** Kadın () Erkek ()
- Eğitim Durumu:** İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
- Yaş:** ()
- Medeni Durum:** () Evli () Bekâr
- Kronik hastalık Durumu:** Var () Yok ()
- Meslek:** Esnaf/ Serbest Meslek () Memur () İşçi/Özel Sektör() Öğrenci ()
Çalışmıyor () Diğer ()

Sağlık Okuryazarlığı Anketi

Ifadeler	Hiç yeteneğim yok/Olanaksız	Çok zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Az zorluk çekiyorum	Hiç zorluk çekmiyorum
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

2. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Doktor, hemşire ya da eczacınızın size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. Gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Sağlığımıza zararlı davranışlarımızı belirleyebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
16. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

19. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
20. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
21. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
22. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
23. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz	1	2	3	4	5
24. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
25. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Hizmet Kalitesi Anket Formu

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Hizmet aldığım hastane, modern araç- gereç ve donanıma sahiptir.	1	2	3	4	5
2. Hizmet aldığım hastanenin fiziksel imkanları (iç ve dış binalar, dekor, ışıklandırma, mobilya vb.) görsel açıdan çekicidir.	1	2	3	4	5
3. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) temiz ve düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
4. Hizmet aldığım hastanenin araç ve gereçleri (teknik donanım) yeterli sayıda ve farklı tedavi şekillerine uygun çeşitliliğe sahiptir	1	2	3	4	5
5. Hizmet aldığım hastane, hizmetlerini söz verdiği zamanda, hastaları bilgilendirerek yerine getirir.	1	2	3	4	5
6. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) doğru ve uygun hizmeti verebilecek düzeydedir.	1	2	3	4	5

7. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), hastaların bir problemi olduğunda, problemi çözmek için anlayışlı ve güven vericidir.	1	2	3	4	5
8. Hizmet aldığım hastanede, randevulu hizmetler tam zamanında, randevusuz hizmetler ise fazla bekletilmeden sunulur	1	2	3	4	5
9. Hizmet aldığım hastane, hastalarının hatasız tüm tetkik, rapor, film vb. belge ve bilgilerini saklar.	1	2	3	4	5
10. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.), sunacakları hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini hastalara bildirirler.	1	2	3	4	5
11. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) meşgul olduklarını öne sürmeyerek hastaların isteklerini yerine getirir.	1	2	3	4	5
12. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.	1	2	3	4	5
13. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastanın istek ve şikayetlerine mümkün olan en kısa zamanda cevap verir	1	2	3	4	5
14. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastalara güven verir.	1	2	3	4	5
15. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) ile olan ilişkilerinde, hastalar kendilerini güvende hisseder	1	2	3	4	5
16. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) kibardır.	1	2	3	4	5
17. Hizmet aldığım hastanede çalışan Doktorlar, hastayla ilgili teşhis ve tedavide, gerektiğinde birbirlerinden yardım alırlar.	1	2	3	4	5
18. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastalara birebir ilgi gösterir	1	2	3	4	5
19. Hizmet aldığım hastanede çalışma saatleri hasta ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenmektedir.	1	2	3	4	5
20. Hizmet aldığım hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastaların ihtiyaçlarını ve ne istediklerini anlamaya çalışır.	1	2	3	4	5
21. Hizmet aldığım hastane çalışanları (Doktor, hemşire, sekreter vb.) hastalara özel ilgi gösterir.	1	2	3	4	5

22. Klinik (Poliklinik) (Hizmet aldığım hastanede) hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

