



Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi



Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi Journal of Health and Social Welfare Research

Yıl / Year: 2022 Cilt / Volume: 4 Sayı / No: 2

ISSN: 2667-8217



Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Haşim ÇAPAR

Baş Editör / Editor in Chief

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Haşim ÇAPAR

Editörler / Editors

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY
Arş. Gör. Cuma ÇAKMAK / Research Assistant Cuma ÇAKMAK

Alan Editörleri / Field Editors

Uzm. Dr. / Exp. Dr. Askeri TÜRKEN
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant Prof. Dr. Mehmet Emin KURT
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant Prof. Dr. Ahmet KAR
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant Prof. Dr. Murat KONCA
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant Prof. Dr. Mesut TELEŞ
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet YILDIZ
Öğr. Gör. / Lecturer İsmail BİÇER
Öğr. Gör. / Lecturer Halil DEMİR
Öğr. Gör. / Lecturer Taner ABİŞ
Öğr. Gör. / Lecturer Bircan KARA

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Öğr. Gör. / Lecturer Burcu ÇELİK

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Bekir Sami OĞUZTÜRK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. İbrahim DUYAR
Arkansas Eyalet Üniversitesi
Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR
Maine-Farmington Üniversitesi
Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK
Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Adil AKINCI
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatma TEMELLİ
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Ferhat
ÖZBAY
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Kazım
SARIÇOBAN
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Seham
HENDAWİ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Alhamzah ALNOOR
Southern Technical University
Dr. İbrahim DAĞLI
Dr. Ceren PEHLİVAN
Öğr. Gör. / Lecturer Haşim ÇAPAR
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN
Kayseri Üniversitesi



Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Bekir Sami OĞUZTÜRK

Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim DUYAR

Arkansas Eyalet Üniversitesi

Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR

Maine-Farmington Üniversitesi

Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK

Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Adil AKINCI

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatma TEMELLİ

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY

Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Kazım SARIÇOBAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Seham HENDAWİ

Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Alhamzah ALNOOR

Southern Technical University

Dr. İbrahim DAĞLI

Dr. Ceren PEHLİVAN

Öğr. Gör. / Lecturer Haşim ÇAPAR

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN

Kayseri Üniversitesi

Dergi Sekreteri / Journal Secretary

Uzm. / Exp. Altan ÖZCAN



Amaç / Aim

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi (E-ISSN: 2667-8217), 2018 yılında yayın hayatına başlayan uluslararası kör hakemli ve açık erişimli bir e-dergidir. Derginin amacı, Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Turizmi, Medikal Turizm, Ekonomi, İşletme, Sürdürülebilir Kalkınma, Halk Sağlığı ve Sosyal Refah ile diğer multi disiplinler bilimleri kapsayan tüm alanlarla ilgili bilimsel çabalara öncülük etmek için bilim insanlarının bilgilerini paylaştıkları, alan yazına katkı sağladıkları, özgür bilimsel düşüncelerini bilimin ışığında uluslararası alanda sunabilecekleri bilimsel bir platform oluşturmaktır. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, sağlık ve sosyal refah ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri ve derleme makaleleri kabul etmektedir. Dergi Ocak ve Temmuz aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır.

Journal of Health and Social Welfare Research (E-ISSN: 2667-8217) is an international blind, peer-reviewed and open-access e-journal published in 2018. The aim of the Journal is that scientists share their knowledge and contribute to the literature to lead scientific efforts in all fields, including Health Management, Health Economics, Health Tourism, Medical Tourism, Economy, Business Administration, Sustainable Development, Public Health and Social Welfare and other multidisciplinary sciences. Journal of Health and Social Welfare Research is to create a scientific platform where they can present their free scientific ideas in the light of science internationally. Journal of Health and Social Welfare Research accepts research articles and review articles prepared in Turkish or English on all topics related to health and social welfare. The Journal is published twice a year, in January and July.

Kapsam / Scope

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Turizmi, Medikal Turizm, Ekonomi, İşletme, Sürdürülebilir Kalkınma, Halk Sağlığı ve Sosyal Refah ile diğer multi disiplinler bilimleri kapsayan tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış makaleleri ve derleme makaleleri kabul etmektedir. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler Turnitin intihal programından geçirilmektedir. İntihal oranı %20'nin üzerinde olan makaleler değerlendirmeye alınmadan reddedilir. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi açık erişim politikasını benimsemiş bir e-dergidir. Dergide yayımlanan yazılardaki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarlarına aittir. Yazarlara nakit olarak telif ücreti ödenmemektedir.

Journal of Health and Social Welfare Studies accepts research articles and review articles prepared in Turkish or English on all subjects covering Health Management, Health Economics, Health Tourism, Medical Tourism, Economics, Business Administration, Sustainable Development, Public Health and Social Welfare and other multidisciplinary sciences. Evaluation fees and application fees are not collected from the articles sent to the Journal. Articles submitted for publication in the Journal must be prepared in accordance with the rules of research and publication ethics. The Journal of Health and Social Welfare Research observes the publication ethics principles, standards and recommendations set by COPE (Committee on Publication Ethics) and ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). The articles submitted for publication in the Journal are passed through the Turnitin plagiarism program. Papers with a more than 20% plagiarism rate are rejected without being evaluated. Journal of Health and Social Welfare Research is an e-journal that has adopted an open access policy. The views in the articles published in the Journal are not the views of the Journal. All responsibility belongs to the authors. No royalties are paid to authors in cash.

Dizgi / Type Setting

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Haşim ÇAPAR

Kapak Tasarım / Cover Design

Grafiker / Graphic Designer Aziz ÇAKMAK

İletişim Adresi / Contact Info

Zübeyde Hanım Mah. 1280. Sok. No: 6, D: 8

Sultangazi, İstanbul / Türkiye

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/sarad/contacts>

hsmcpr07@hotmail.com

+90 5348976081



İndeksler / Indexes

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi aşağıdaki veri tabanları/bibliyografya/indeksler tarafından taranmaktadır:

Journal of Health and Social Welfare Research is indexed in the following data bases/bibliographies/indices:





Hakem Kurulu / Referee Board

- Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ
Uludağ Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Umut Beylik
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fatih ALTUN
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Levent YÜCEL
15 Kasım Kıbrıs Üniversitesi Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Mehmet Emin KURT
Dicle Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Gülay EKİNCİ
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Selman KIZILKAYA
Dicle Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Kazım SARIÇOBAN
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. İbrahim Dağlı
Kıbrıs Batı Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Özlem ÖZAYDIN
İstinye Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Özden GÜDÜK
Ankara Yüksek İhtisas Üniversitesi
- Dr. Ceren PEHLİVAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
- Dr. Ahmet ÖZASLAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
- Dr. Arş. Gör. / Dr. Ress. Asst. Kaan Sevim
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
- Dr. Arş. Gör. / Dr. Ress. Asst. Melek YAĞCI ÖZEN
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
- Öğr. Gör. / Lec. Mesut ULU
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
- Öğr. Gör. / Lec. Ahmet ÇABUK
Maltepe Üniversitesi
- Öğr. Gör. / Lec. Duygu KALKAY
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi

Hakem kurulu listesi, dergimizin bu sayısında yayınlanan ve yayınlanması uygun bulunmayan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

This list of Reviewer Board constitutes of the referees that evaluate the articles that are published in this volume of our Journal and the articles that are found to be insufficient to be published. We thank all the referees for their priceless contributions to our Journal.



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Öğr. Gör. Yaşar TURNA

Öğr. Gör. Dr. Sami EŞMEN

Öğr. Gör. İsmail BİÇER

Sigara ve Alkol Tüketimi ile COVID-19 İlişkisinin Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği

Evaluation of the Relationship between Smoking and Alcohol Consumption and COVID-19: The Case of Turkey

144-152

Araştırma Makalesi / Research Article

Yüksek Peyzaj Mimarı Kübra HAZNEDAR

Prof. Dr. Tuğba KİPER

COVID-19 Sürecinde Bireylerin Yeşil Alan Kullanımı ve Gerekisini: Fındıklı, Rize Örneği

The Use and Need of Green Areas of Individuals during the COVID-19 Process: The Case of Fındıklı, Rize

153-174

Araştırma Makalesi / Research Article

Prof. Dr. Hatice Nilay GEMLİK

Ayşenur AYDIN

Dr. Öğr. Üyesi. Ali ARSLANOĞLU

Yaşlı Dostu Hastaneye Yaşlı Dostu Gelişim Komitesinin Bakışı: Nitel Bir Araştırma

Age-Friendly Development Committee's Perspective on Age-Friendly Hospital: A Qualitative Study

175-185

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Şerife GÜZEL

Uzm. Pınar ÖZER

Türkiye'de Hava Kirliliği ve Sağlık Harcamaları

Air Pollution and Health Expenditures in Turkey

186-202

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU

Seçil VAROL

Hastane Fiziki Yapısının Hasta Memnuniyetine Etkisi

The Effect of Physical Structure of a Hospital to Patient Satisfaction

203-217

Derleme Makalesi / Review Article

Uzm. Mehmet Beşir DEMİRBAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAS YILMAZ

Covid-19

Pandemisinin Sosyal Medya Yansımaları: İçerik Analizi Çalışması

Social Media Reflections of the Covid-19 Pandemic: A Content Analysis Study

218-231



Derleme Makalesi / Review Article

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanı Derya KOÇAK

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanı Niyazi ÇANKAYA

İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonrası Mesleki Rehabilitasyon ve Mevzuat Altyapısının Değerlendirilmesi

Occupational Rehabilitation after Occupational Accident and Occupational Disease and Evaluation of Legislative Infrastructure

232-254



YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi Ocak ve Temmuz aylarında olmak üzere yılda iki kez yayımlanan uluslararası, çift kör hakemli ücretsiz ve açık erişimli bir e-dergidir.
2. Sağlık ve sosyal refah, Sağlık ekonomisi, Sağlık yönetimi, halk sağlığı, Sağlık turizmi, Sağlık politikaları ve Sağlık kurumları yönetimi alanlarını ilgilendiren tüm konularda hazırlanmış araştırma makaleleri ve derleme makaleler gönderilebilir. Dergide yayımlanan derleme makale sayısı toplam makale sayısının % 25'ini geçemez.
3. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır.
4. Dergiye makale gönderen bir yazarın üst üste iki sayıda ve aynı yıl içerisinde birden fazla sayıda makalesi yayımlanamaz. Dolayısıyla dergide yayımlanması için birden fazla makale gönderen yazarlar bu kuralı kabul etmiş sayılmaktadır.
5. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
6. Makaleler web sayfamızdan elde edilebilecek dergi makale şablonu kullanılarak hazırlanmalıdır. Makaleler yazım derginin yazım kurallarına uygun bir şekilde hazırlanarak DergiPark sistemi üzerinden gönderilmelidir. Makaleler ile birlikte tüm yazarlar tarafından imzalanarak hazırlanmış Makale Başvuru Formunun da sisteme yüklenmesi gerekmektedir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları, iletişim bilgilerini ve ORCID bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir. DergiPark sistemi üzerinden makale gönderemeyen yazarlar hsmcpr07@hotmail.com adresine mail atarak teknik destek alabilirler.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. Anket, mülakat, odak grup çalışması, gözlem, deney ve görüşme teknikleri kullanılarak katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlarla yürütülen her türlü araştırmadan çalışmanın ne zaman yapıldığına bakılmaksızın etik kurul izin belgesi istenmektedir. Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yöntem bölümünde ve ayrıca makale ilk/son sayfasında yer verilmelidir. Dolayısıyla etik kurul izin belgesi gerektirdiği halde bu belgeyi göndermeyen makaleler değerlendirmeye alınmayacak ve reddedilecektir.
8. Dergiye gönderilen makalelerde araştırmacıların katkı oranı beyanına, varsa destek ve teşekkür beyanına ve çatışma beyanına yer verilmelidir.
9. Dergiye gönderilen bir makale ön kontrol, değerlendirme ve yayın süreci şeklinde üç aşamadan geçmektedir. Yazarlar makaleyi gönderdikten sonra sadece ön kontrol aşamasında DergiPark sistemi üzerinden makaleyi geri çekebilirler. Diğer aşamalarda makalenin yazarlar tarafından geri çekilmesi mümkün değildir. Süreç makalenin kabul edilmesi veya reddedilmesi şeklinde tamamlanmak suretiyle sona erecektir.
10. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak ön kontrol aşamasından geçirilmektedir. Bu aşama, makale gönderildiği tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde tamamlanmaktadır. Bu aşamada makalenin derginin yayın ilkelerine, yazım kurallarına, yayın etiği kurallarına ve bilimsellik şartlarına uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmektedir. Yapılan değerlendirme çerçevesinde makalenin hakem değerlendirme sürecine geçebileceği, hakem değerlendirme sürecine geçebilmesi için belirtilen eksikliklerin giderilmesi gerektiği veya hakem değerlendirme sürecine alınması ve yayımlanmasının uygun olmadığı kararı verilebilmektedir. Makaleye ilişkin hakem değerlendirme sürecine geçebilmesi için belirtilen eksikliklerin giderilmesi gerektiği kararı verilirse yazarlar tarafından en geç 30 gün içerisinde bu eksikliklerin tamamlanması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.
11. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ön kontrol aşamasında Turnitin intihal programlarından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı % 20'den yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir. Makaleye ilişkin intihal değerlendirmesi dergi tarafından yapılacak olup, yazarların herhangi bir intihal raporu göndermesine gerek bulunmamaktadır. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmaktadır.
12. Ön kontrol aşamasından sonra makaleler değerlendirme aşamasına geçmektedir. Değerlendirme aşamasının başında makaleler editör kurulu veya yayın kurulu tarafından kalitesi, özgünlüğü ve bilime katkısı açısından incelenmekte ve en geç 10 gün içerisinde makalenin hakem değerlendirme sürecinin başlamasına veya hakem değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmesine karar verilmektedir.
13. Makalenin hakem değerlendirme süreci başlayabilir kararından sonra ise makale içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme (çift kör hakeme) gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Makale, hakemlerine gönderildikten sonra makaleleri değerlendirip değerlendiremeyeceği kararını en geç 10 gün



içerisinde vermeleri, değerlendirmeyi kabul ettikleri takdirde 30 günlük süre içerisinde değerlendirme raporlarını göndermeleri istenmektedir. Verilen sürede geri dönüş yapmayan hakemlere uyarıda bulunularak en fazla iki defa olmak üzere 10'ar günlük ek süre verilmektedir. Hakemin verilen ek sürelerde de geri dönüş yapmaması durumunda makaleye yeni bir hakem atanmaktadır. Hakemler ilk tur değerlendirmesini tamamladıktan sonra ikinci ve üçüncü tur değerlendirmelere ihtiyaç duyarsa yukarıda belirtilen süreler tekrar baştan işlemektedir.

14. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin reddedilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içerisinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.
15. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör kurulu makaleyi üçüncü bir hakeme gönderebilir veya hakem raporları çerçevesinde makalenin reddedilmesine karar verebilir. Dolayısıyla dergiye gönderilen bir makalenin yayımlanabilmesi için en az iki ayrı hakemden olumlu görüş alması gerekmektedir.
16. Değerlendirme aşamasından başarıyla geçen makaleler kabul edilerek yayın süreci aşamasına geçmektedir. Yayın süreci aşamasında makaleler; geliş tarihi, makale türü ve yayın dili dikkate alınarak editör kurulu kararına göre yayın sürecine alınmaktadır. Bu aşamada her ne sebeple olursa olsun makalelerin yayım sürecini öne çekmeye ilişkin yazarların istekleri dikkate alınmamaktadır. Bu anlamda Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi belli bir sayıda yayımlanmak için makale kabul etmemekte, yazarlar istedikleri zaman dergiye makale gönderebilmektedir.
17. Yayın süreci aşamasında, makalenin yayımlanma sırası geldiğinde dizgi ve mizanpaj işlemleri başlamaktadır. Dizgi ve mizanpaj işlemleri bittikten sonra makale kontrol amaçlı son bir kez yazarlarına gönderilmektedir. Yazardan gelecek geri dönüşten sonra makaleler mizanpaj editörümüzün son kontrolünden geçecek ve makaleye varsa DOI numarası verilerek yayın süreci başlayacaktır. Yazarlar kontrollere ilişkin belirtilen süre içinde geri dönüş yapmadıkları takdirde editör kurulu kararıyla makale bir sonraki sayıya kaydırılacak veya mevcut haliyle yayımlanacaktır.
18. Dergide yayımlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir ve tüm sorumluluk yazarlarına aittir. Dergide yayımlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmemektedir.
19. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Açık Erişim politikasını benimsemiş bir e-dergi olup, Budapeşte Açık Erişim Girişimi (BOAI) tanımına uygun olarak hakem değerlendirmesinden geçmiş bilimsel çalışmaların, internet aracılığıyla; finansal, yasal ve teknik engeller olmaksızın, serbestçe erişilebilir, okunabilir, indirilebilir, kopyalanabilir, dağıtılabilir, basılabilir, taranabilir, tam metinlere bağlantı verilebilir, dizinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olmasını kabul etmektedir. Yazarlar ve telif hakkı sahipleri bütün kullanıcıların ücretsiz olarak erişim olanağına sahip olduğunu kabul ederler. Makaleleri kabul edilen yazarlar telif hakkının korunması ve Creative Commons Attribution License altında bulunan derginin haklarının korunması için çalışmalarında yer alan bilgilerin referans gösterilerek paylaşılmasını kabul etmiş sayılırlar.
20. Yayın ilkelerine uygun olmayan makalelerin başvuruları kabul edilmeyecektir. Eksiklikleri sonradan tespit edilen makalelerin ise hangi aşamada olduğuna bakılmaksızın değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.



YAYIN ETİĞİ

ETİK İLKELER

Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dâhildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özette aşağıdaki etik sorumlulukları taşıması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlamak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekte yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkânı sağlamalıdır.
- Yazarlar dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleleri araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlamış olmalıdır. Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkânsız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazeretini istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayımlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayımlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.
- Sunulan bir makalede açıklanan yayımlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.



YAZIM KURALLARI

1. Makaleler dergi makale şablonu kullanılarak “MS Office Word 2010” veya üzeri bir versiyonda, A4 boyutlarında hazırlanmalıdır. Uzunluğu ise dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir. Sayfa düzeni; Üst: 5 cm, Alt: 2,5 cm, Sol: 2,5 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
2. Dergi makale şablonunda belirtilen kısımlara yazar bilgileri, makale ek bilgileri ve yazar beyanları dergi kurallarına uygun olarak eklenmelidir.
3. Başlık sayfası ve genişletilmiş özet sayfası hariç olmak üzere makale, 10 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
4. Makalenin başlık sayfasında; tek satır aralığında ve paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk kullanılarak 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak en az 120 en fazla 200 kelimedenden oluşan tek paragraf halinde Türkçe ve İngilizce öz, en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler ve en fazla 5 tane olmak üzere JEL (Journal of Economic Literature) sınıflandırma kodları verilmelidir. Dili İngilizce olan makalelerde başlık, öz, anahtar kelimeler ve JEL sınıflandırma kodları, önce İngilizce sonra Türkçe olarak verilmelidir.
5. Makalede, dergi sayfa formatına göre toplamda 1 sayfayı geçmeyecek şekilde minimum 700, maksimum 1200 kelimedenden oluşan genişletilmiş özet bulunmalıdır. Genişletilmiş özet, Türkçe makaleler için İngilizce, İngilizce makaleler için Türkçe hazırlanmalıdır. Genişletilmiş özet; amaç ve kapsam (purpose and scope), yöntem (design/methodology/approach), bulgular (findings) ve sonuç ve tartışma (conclusion and discussion) şeklinde dört alt başlıktan oluşmalıdır. Her alt başlık tek paragraf halinde, 9 punto, tek satır aralığı, paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk kullanılarak ve başlıklar arasında ilave boş satır bırakılmadan yazılmalıdır.
6. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak **1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1.** gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Numaralandırmaya “Giriş” başlığından başlanmalı ve “Sonuç” başlığına kadar devam etmelidir. Giriş ve sonuç başlıklarına alt başlık açılmamalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıkların ve alt başlıkların hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır. Sadece ana başlıklarda paragraftan önce 12nk paragraftan sonra 6nk boşluk bırakılmalıdır.
7. Makale içindeki tüm tablo ve şekiller metnin uygun yerlerinde sayfaya ortalı olarak gösterilmelidir. Her tablo ve şekle kalın yazı tipinde bir sıra numarası (**Tablo 1., Şekil 2. vb. gibi**) ve normal yazı tipinde bir başlık verilmelidir. Başlık; tablolarda üstte, şekillerde altta, sayfaya ortalı, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde, 10 punto olarak, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılarak hazırlanmalıdır. Tablo ve şekil içindeki metin Times New Roman karakteri ile 8-9 punto aralığında ve tek satır olmalıdır. Grafik, çizelge, harita, çizim ve fotoğraf gibi tüm görseller şekil olarak nitelendirilmelidir. Tüm tablo ve şekiller yukarıda verilen sayfa düzenine uygun ve kolaylıkla okunacak biçimde olmalıdır. Tablo ve şekillerde açıklama ve kaynaklar tablo ve şeklin altında 8 punto olarak, paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak verilmelidir. Tablo ve şekilden önce ve sonra satır boşluğu bırakılmamalıdır.
8. Makalede denklem, model ve formüller sola yaslı yazılmalı, her biri sıralı bir şekilde numaralandırılmalı ve numaralar parantez içerisinde sağa yaslı yazılmalıdır. Denklem, model ve formüller öncesi ve sonrasında satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makalede madde işaretli metinler sola yaslı olarak paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak verilmelidir.
10. Makalede bir kaynaktan doğrudan alınan kelime sayısı 40 kelimenin altında ise alıntı yapılacak ifadeler tırnak içerisinde alınarak ve kaynak gösterilerek metin içerisinde kullanılmalıdır. Alıntı 40 kelimeyi aştığında ise alıntılar normal metinde değil; yeni bir satırda, sol ve sağdan içe 1,25 cm girintili şekilde, italik olarak, paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak ve kaynak gösterilerek yapılmalıdır.
11. Makalede “ek” yapılıcaksa eklere, ek başlığı (**Ek 1., Ek 2., vb. gibi**) verilmek suretiyle kaynakçadan sonra yer verilmelidir.
12. Dergiye gönderilen makaleler; referans sistemi, dipnot gösterme biçimi ve kaynakça düzenlenmesinde **American Psychological Association (APA 6)** stilinde hazırlanmalıdır. Bu bağlamda atıflar metin içerisinde bağlaç yöntemi kullanılarak yapılmalıdır. Açıklama notları ise sayfa altında dipnot şeklinde, iki yana yaslı, 8 punto ve Times New Roman karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak ve paragraftan önce ve sonra 3nk boşluk bırakılarak yazılmalıdır.
13. Metin içerisinde atıflar yazar(lar)ın soyadı ve kaynağın yılı şeklinde yapılmalıdır. Yazar adı yoksa kurum adı yazar yerine kullanılmalıdır.



- Tek yazarlı yayınlarda atıf: (Çapar, 2019).
 - İki yazarlı yayınlarda atıf: (Çapar ve Çınar, 2021).
 - Birden fazla kaynağa atıf: (Çakmak, 2021; Çınar vd., 2021; Çapar ve Çınar, 2021).
 - Kaynağın tamamı için atıf: (Çapar, 2019).
 - Yazar adı olmayan kaynaklar için atıf: (MTI, 2021).
14. Üç, dört ve beş yazarlı çalışmalarda metin içindeki ilk atıfta tüm yazarların soyadları verilir. Diğer atıflarda ise ilk yazarın soyadının yanına vd. ifadesi eklenmelidir. Dergiye gönderilen makale İngilizce ise vd. yerine et al. ifadesi kullanılmalıdır.
- Metin içindeki ilk atıf: (Çapar, Çakmak ve Çilhoroz, 2021).
 - Metin içindeki diğer atıflar: (Çapar vd., 2021).
15. Altı ve daha fazla yazarı olan çalışmalarda atıf yapılırken sadece ilk yazarın soyadı belirtilir.
- Metin içindeki atıf: (Çınar vd., 2017).
16. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli ise süreli yayınlardakine benzer şekilde atıf yapılmalıdır. İnternette indirilen kaynak için tarih verilmemişse ilgili dosyaya erişim tarihi kaynağın yılı olarak kullanılmalıdır. Eğer atfın yazarı belli değilse parantez içerisinde internet sitesinin kurumu ve erişim yılı yazılmalıdır.
- Yazar adı ve yayın yılı belli olan atıf: (Çapar, 2021).
 - Yazar adı ve yayın yılı belli olmayan atıf: (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021).
17. Bir yazarın aynı yıl içinde yayınlanmış birden fazla eserine atıf yapılıyorsa, eserler yılın yanına a, b, c, şeklinde harf verilerek gösterilmelidir.
- (Çapar, 2021a).
 - (Çapar, 2021b).
 - (Çapar, 2021c).
18. Yazarın adı cümle içinde geçiyorsa aşağıdaki gibi atıf yapılmalıdır.
- Çapar'a (2021) göre,...
19. Makalede kullanılan her türlü kaynak kaynakça bölümünde yer almalıdır. Kullanılan kaynaklar nitelik (tez, kitap, makale, rapor vb.) ayrımı yapılmaksızın yazar soyadına göre alfabetik olarak sıraya konulmalıdır. Aynı yazarın eserleri "en eski tarihli" olandan başlanarak kaynakçaya yerleştirilmelidir. Kaynaklar ilk satır sola yaslı, sonraki satırlar 1,25 cm sol içeriden başlatılmalıdır. Bunun için paragraf seçeneğindeki "ilk satır" kısmı "asılı" olarak değiştirilmeli ve değer olarak 1,25 girilmelidir. Kaynakçada dergi adı hariç tüm yayınlarda (makale adı, kitap adı, bölüm adı, tez adı, vb) başlığın ilk harfi büyük, diğerleri ise özel isim veya kısaltma değilse küçük harfle yazılmalıdır. Dergi adında ise her kelimenin ilk harfi büyük olarak yazılmalıdır. Kaynakça aşağıda belirtilen örneklere uygun olarak hazırlanmalıdır.

Kitaplar:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Kitabın adı. Basım yeri: Yayınevi.

Çapar, H. (2021). Sağlık Turizminde Öne Çıkan Ülkeler. Ankara: Nobel Yayınları.

Arslanoğlu, A. ve Gemlik H. N. ve Bektemur G. (2019). Sağlık Hizmetleri Dört Boyut. İstanbul: Detay Yayıncılık.

Korkmaz, A., Dulupçu, M. A., Gövdere, B. ve Songur, H. (2013). İnsani ücret. İstanbul: İGİAD Yayınları.

Çeviri Kitaplar:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Kitabın adı. Çevirmenin adının baş harfi. Çevirmenin soyadı (Çev.), Basım yeri: Yayınevi.

Drucker, P. (1994). Kapitalist ötesi toplum. B. Çorakçı (Çev.), İstanbul: İnkilap Kitabevi.

Editörlü Kitaplar:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Bölümün adı. Editörün adının baş harfi. Editörün soyadı (Ed.), Kitabın adı içinde (Bölümün sayfa aralığı), Basım yeri: Yayınevi.

Okçu, M., Aktel, M. ve Kerman, U. (2007). İki süreci anlamak: Kamu yönetiminde küreselleşme ve Avrupalılaşma. A. Yılmaz ve Y. Bozkurt (Ed.), Küresel esintiler ve yerel etkiler sarmalında Türk kamu yönetimi içinde (43-67), Ankara: Gazi Kitabevi.

Makaleler:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Makalenin adı. Derginin adı, Cilt(Sayı), Sayfa aralığı. Varsa Doi numarası.

Çapar, H. (2019). Sağlık Alanında Meslekleşme ve Türkiye'nin Yaşadığı Sorunlar: Yeni Mesleklere Doğru. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3), 803-816.



Çapar, H., ve Aslan, Ö. (2020). Factors Affecting Destination Choice in Medical Tourism. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 80-88. doi: 10.34172/ijtmgh.2020.13.

Çınar, F., Çapar, H. ve Ekinci, G. (2021). Effect of COVID-19 anxiety on perceived risks and avoidance behaviors. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 10(4), 1-18.

Tezler:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Tez başlığı. Yüksek Lisans Tezi / Doktora Tezi, Kurum Adı, Yayın yeri. Çapar, H. (2018). Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler: Yabancı Potansiyel Medikal Turistlerin Türkiye Algısını Ölçmeye Yönelik Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sempozyum/Konferanslar:

Yazarın Soyadı, Yazarın Adının Baş Harfi. (Yıl). Bildirinin adı., Sempozyum/Konferans Adı, Düzenleyen Kurum, Düzenlenme Tarihi, Düzenlenme Yeri, Sayfa Aralığı.

Çapar, H., Çınar, F. ve Arıcı, H. (2014). Communication Problems with People on the Streets during COVID-19 in terms of Social Well-being. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 20-22 Mayıs 2021, Isparta, 158-169.

Araştırma Raporları:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Çalışmanın başlığı (Rapor No. xxx). Yayın yeri: Yayıncı. Pamuk, Ş. (2007). Economic change in twentieth-century Turkey: Is the glass more than half-full? (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.

İnternet Kaynakları:

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yayınlanma tarihi / Erişim tarihi). Başlık. Erişim adresi: İnternet Adresi, (Erişim Tarihi).

Bebbington, J. ve Song, E. (2004). The adoption of IFRS in the EU and New Zealand. Erişim adresi: <http://www.europe.canterbury.ac.nz/>, (14.07.2008).

Medikal Turizm Derneği. (2021). COVID-19'un Medikal turizm Üzerindeki Etkileri. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901355/>, (13.06.2021).



PUBLICATION PRINCIPLES

1. Journal of Health and Social Welfare Researches is an international, double-blind, peer-reviewed, free and open access e-journal published twice a year, in January and July.
2. Research articles and compilation articles prepared on all subjects related to the fields of health and social welfare, health economics, health management, public health, health tourism, health policies and health institutions management can be sent. The number of review articles published in the journal cannot exceed 25% of the total number of articles.
3. Evaluation fee and application fee are not collected from the articles sent to the journal.
4. An author sending an article to the journal cannot have two articles in a row or more than once in the same year. Therefore, authors who submit more than one article for publication in the journal are deemed to have accepted this rule.
5. Articles must be written in Turkish or English.
6. Articles should be prepared using the journal article template available on our website. Articles should be prepared in accordance with the writing rules of the journal and sent through the DergiPark system. Along with the articles, the Article Application Form signed by all authors must be uploaded to the system. Writers; should add their titles, institutions they work for, contact information and ORCID information to the system completely. Authors who cannot submit articles through the DergiPark system can receive technical support by sending an e-mail to hsmcpr07@hotmail.com.
7. Articles submitted for publication in the journal must be prepared in accordance with the rules of research and publication ethics. Ethics committee permission is requested from all kinds of research conducted with qualitative or quantitative approaches that require data collection from the participants by using survey, interview, focus group work, observation, experiment and interview techniques, regardless of when the study was conducted. Ethics committee approval must be obtained separately for studies conducted and for studies on clinical and experimental humans and animals that require an ethical committee decision, and this approval must be stated and documented in the article. In studies requiring ethics committee permission, information about the permission (name of the committee, date and number) should be included in the method section and also on the first/last page of the article. Therefore, the articles that do not send this document even though the ethics committee requires a permit will not be evaluated and will be rejected.
8. In the articles sent to the journal, the contribution rate statement of the researchers, the support and thank you statement, if any, and the conflict statement should be included.
9. An article sent to the journal goes through three stages as pre-control, evaluation and publication process. After submitting the article, the authors can withdraw the article through the DergiPark system only during the pre-control phase. At other stages, it is not possible for the article to be withdrawn by the authors. The process will end with the acceptance or rejection of the article.
10. The articles submitted for publication in the journal are first pre-checked. This stage is completed within 30 days at the latest from the date of submission of the article. At this stage, it is checked whether the article has been prepared in accordance with the journal's publication principles, spelling rules, publication ethics and scientific conditions. Within the framework of the evaluation, it can be decided that the article can go to the referee evaluation process, that the stated deficiencies should be corrected in order to enter the referee evaluation process, or that it is not appropriate to be included in the referee evaluation process and published. If it is decided that the stated deficiencies should be corrected in order for the article to be passed to the referee evaluation process, these deficiencies must be completed by the authors within 30 days at the latest. Otherwise, the evaluation process of the article will be terminated and the article will be rejected.
11. The articles submitted for publication in the journal are passed through Turnitin plagiarism programs at the pre-control stage. Articles with a similarity index rate higher than 20% are rejected without being included in the evaluation process. The plagiarism evaluation of the article will be made by the journal, and the authors do not need to submit any plagiarism report. Authors submitting their work; declares that he has not plagiarized the article in any way, that all responsibilities arising from plagiarism belong to them, and that the journal has no responsibility in this regard.
12. After the pre-control phase, the articles go to the evaluation phase. At the beginning of the evaluation phase, the articles are examined by the editorial board or the editorial board in terms of quality, originality and contribution to science, and it is decided to start the referee evaluation process or to reject the article within 10 days at the latest.
13. After the decision that the referee evaluation process of the article can begin, the article is sent to at least two referees (double-blind referees) for review in terms of content and format. The authors are not informed about the identities of the referees who evaluated the article, and the referees are not informed about who the article belongs to. After the article is sent to the referees, it is requested that they decide whether to evaluate the articles within 10 days at the latest, and if they



accept the evaluation, they are asked to send the evaluation reports within 30 days. Referees who do not respond within the given time are warned and given an additional 10-day period, at most twice. If the referee does not respond in the additional time given, a new referee is assigned to the article. If the referees need second and third round evaluations after completing the first round evaluation, the above-mentioned times are running again.

14. In line with the evaluation reports from the referees, it will be decided to publish the article, request correction from the author or reject the article. If a correction is requested from the author, the correction must be made within 1 month at the latest and sent to our journal. Otherwise, the evaluation process of the article will be terminated and the article will be rejected.
15. If one of the referee reports is positive and the other is negative, the editorial board may send the article to a third referee or decide to reject the article within the framework of the referee reports. Therefore, in order for an article sent to the journal to be published, it must receive positive opinions from at least two different referees.
16. The articles that pass the evaluation stage successfully are accepted and go to the publication process stage. Articles during the publication process; It is taken into the publication process according to the decision of the editorial board, taking into account the arrival date, article type and publication language. At this stage, the wishes of the authors to bring forward the publication process of the articles, for whatever reason, are not taken into account. In this sense, the Journal of Health and Social Welfare Researches does not accept articles for publication in a certain number, and the authors can send articles to the journal whenever they want.
17. At the stage of the publication process, when it is time for the article to be published, the typesetting and layout processes begin. After the typesetting and layout processes are completed, the article is sent to the authors for the last time for checking. After the feedback from the author, the articles will go through the final control of our layout editor and the publication process will begin by giving the DOI number to the article, if any. If the authors do not respond to the controls within the specified time, the article will be moved to the next issue or published in its current form with the decision of the editorial board.
18. The opinions in the articles published in the journal are not those of the journal and all responsibility belongs to the authors. No cash royalties are paid to the authors of the articles published in the journal.
19. Journal of Health and Social Welfare Researches is an e-journal that has adopted the Open Access policy, and in accordance with the Budapest Open Access Initiative (BOAI), peer-reviewed scientific studies are published online; It accepts that it can be freely accessed, read, downloaded, copied, distributed, printed, scanned, linked to full texts, indexed, transferred as data to the software and used for any legal purpose, without financial, legal and technical barriers. The authors and copyright holders agree that all users have access to it free of charge. Authors whose articles are accepted are deemed to have accepted the sharing of the information in their works by reference in order to protect the copyright and the rights of the journal under the Creative Commons Attribution License.
20. Applications of articles that do not comply with the publication principles will not be accepted. Regardless of the stage at which the deficiencies are detected later, the evaluation process will be terminated and the article will be rejected.



PUBLICATION ETHICS

Journal of Health and Social Welfare Research observes the publication ethics principles, standards and recommendations determined by COPE (Committee on Publication Ethics) and ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). Accordingly, all articles that do not comply with accepted ethical standards are removed from the publication. This includes articles with possible irregularities and inconsistencies detected after publication. Within the scope of publication ethics, all stakeholders are expected to have the following ethical responsibilities, and all ethical cases will be evaluated in accordance with COPE rules.

Ethical Responsibilities of Authors:

- Authors should not have published the articles they sent to the journal elsewhere or sent them for publication.
- Authors should have cited all citations used in their articles.
- The authors declare that the article is their own work, that they do not plagiarize in any way, that all responsibilities arising from plagiarism belong to them, and that the journal has no responsibility in this regard.
- Authors should ensure that they contribute scientifically to the article and it should be known that all authors have equal responsibility for the article.
- Corresponding author must ensure that all co-authors named in the article consent to publication and to be named as co-authors. All persons who have made significant contributions to the work should be named as co-authors. Other people should be included in the thank you section.
- Authors are responsible for declaring the organizations, financial resources or conflicts of interest that support the work they submit.
- Authors should provide access to the data sets in the article, if deemed necessary.
- Authors must have prepared the articles submitted for publication in the journal in accordance with the rules of research and publication ethics. Ethics committee approval must be obtained separately for studies conducted and for studies on clinical and experimental humans and animals that require an ethical committee decision, and this approval must be stated and documented in the article.

Ethical Responsibilities of Referees:

- Any selected reviewer who is not qualified to review the research or who knows that it will be impossible to evaluate the article quickly should notify the editor of this situation and seek excuses from the review process.
- The referees are obliged to keep the articles they receive confidential and not to use the information they obtained from the refereeing process for their personal benefits.
- Reviewers should not share their reports or information about the article with others and should not communicate directly with the authors without the permission of the editor.
- Reviewers should be mindful of potential ethical issues in the manuscript and bring them to the attention of the editor. This includes substantive similarity and overlap between the review article and any other published work of which the reviewer has personal knowledge.
- Refereeing should be done in an objective manner. Personal criticism of the authors should not be made, evaluations should be constructive, honest and polite.
- Reviewers should consult the editor before agreeing to review a manuscript for which they have a potential conflict of interest, which may arise from a competitive, collaborative, or other relationship or affiliation with any of its authors.

Ethical Responsibilities of the Editorial Board:

- It is the editorial board's responsibility to decide which articles will be published in the journal. The editorial board evaluating the articles of the authors; should evaluate regardless of race, gender, sexual orientation, religious belief, ethnicity, citizenship or political philosophies. The decision to be taken should be based on the accuracy, validity and importance of the article and the appropriateness of the scope of the journal. Current legal requirements regarding libel, copyright infringement, and plagiarism should also be considered.
- The editor or any member of the editorial board should not disclose information about an article to anyone other than the corresponding author, reviewers, potential reviewers, other editorial advisors, and publishers.
- Unpublished material described in a submitted article should not be used in the editor's or editorial board's own research without the express written consent of the author.



SPELLING RULES

1. Articles should be prepared in “MS Office Word 2010” or higher version, in A4 size, using the journal article template. Its length should not exceed 30 pages in journal format. Page layout; Top: 5 cm, Bottom: 2.5 cm, Left 2.5 cm and Right: 2.5 cm.
2. Author information, additional article information and author statements should be added to the sections specified in the journal article template in accordance with journal rules.
3. Except for the title page and the extended summary page, the article should be written in 10 font size, "Times New Roman" and single line spacing. In the text, a character break should be given after commas and periods. Starting indent should not be used in paragraphs, 6 pt space should be left before and after the paragraph. No additional blank lines should be left between paragraphs.
4. On the title page of the article; Title in Turkish and English in 11 points, in a single line spacing and before and after the paragraph using 3 pt space, in 9 points, in a single paragraph consisting of at least 120 and maximum 200 words in Turkish and English, at least 3 and at most 5 in Turkish and English keywords and maximum 5 JEL (Journal of Economic Literature) classification codes should be given. In the articles whose language is English, the title, abstract, keywords and JEL classification codes should be given in English first and then in Turkish.
5. The article should contain an extended summary of minimum 700 and maximum 1200 words, not exceeding 1 page in total, according to the journal page format. Extended abstract should be prepared in English for Turkish articles and in Turkish for English articles (For authors who do not speak Turkish, Turkish extended abstracts for English articles will be prepared by the journal secretariat). Extended summary; it should consist of four subtitles: purpose and scope, method (design/methodology/approach), findings, and conclusion and discussion. Each subheading should be written in a single paragraph, 9 font size, single line spacing, using 3nk space before and after the paragraph, and without leaving any additional blank lines between the headings.
6. The headings and subheadings should be appeared in 10 font size, bold and left justified and also numbered decimally such as **1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1.** The numbering should be initiated from the “Introduction” part and should be continued till the “Conclusion” part. No titles for introduction and result part should be used. All the letters in main headings should be capital; only the first letters of the words in the sub-headings should be capital. No spacing should be made before and after the main and sub-headings. Only in the main headings 12nk spacing before the paragraph, and 6nk spacing after the paragraph should be applied.
7. All the tables and figures in the article should be given centered and in their proper places. All the tables and figures should be numbered in bold (**Table 1., Figure 2., etc.**) and given titles in normal fonts. For the Tables, the titles should be given above while it should be given under the Figures. The titles should be centered, should be written in 10 font size, only the initial letters should be capitalized, and 6nk distance must be set before and after the paragraph. The text inside the Tables and Figures should be written in Times New Roman with 8-9 font sizes and with single spacing. All the visuals such as graphs, charts, maps, drawings and photographs should be specified as Figures. All the Tables and Figures should fit the aforementioned rules and should be legible. The sources in Tables and Figures should be given under the Table and Figure with 8 font size and 3nkt distance must be set before and after the paragraph. No blank line should be given before and after the Tables and Figures.
8. The equations, models and formulas in the article should be left justified, all of them should be numbered and the numbers should be written in parentheses and right justified. No blank line should be given before and after the equations, models and formulas.
9. The bulleted texts in the article, should be left justified and 3nk distance must be set before and after the paragraph.
10. If the quotation from a source is less than 40 words, the expressions should be in quotation marks and the study quoted should be cited intext. If the quotation is more than 40 words, the quotation should be given italic and in a new line; 1.25 cm tabbed from left and right, 3nk distance must be set before and after the paragraph and the study quoted should be cited.
11. If the article include any “appendix”, titles (Appendix 1., Appendix 2., etc.) should be given to them and they should be given after the References part.
12. Intext citations, footnotes and reference lists in the papers should be prepared according to **American Psychological Association (APA 6) style**. The intext references should be given with author-date method. The explanations should be given at the button of the page as a footnote, as justified, with 8 font size and Times New Roman, single line spacing and 3nk distance must be set before and after the paragraph.



13. Intext citations should include the surname of the author(s) and year of the source respectively. If the papers do not have an author then the name of the institution should be given instead of author's name.
 - Works by a single author: (Çapar, 2019).
 - Works by two authors: (Çapar and Çınar, 2021).
 - Citing more than one source: (Çakmak, 2021; Çınar et al., 2021; Çapar and Çınar, 2021).
 - Citing whole source: (Çapar, 2019).
 - Citing publications without the name of the author: (MTI, 2021).
14. In the first quotation of a study that is prepared by three, four or five authors the surnames of all authors should be given. In the following quotations, only the surname of the first author and et al. should be written.
 - The first citation intext: (Çapar, Çakmak and Çilhoroz, 2021).
 - Other citations intext: (Çapar et al., 2021).
15. For those papers having six or more authors, only the surname of the first author should be mentioned.
 - Intext citations: (Çınar et al., 2017).
16. If the reference is taken from a web site and the author is known, reference should be made like periodic publications. If the date of the downloaded source is not given, access date should be used. If the date of the downloaded source is not given, date of access should be used. Also if no publisher name is available, use the name of website and data of Access.
 - If the author's name and publication year is known: (Çapar, 2021).
 - If the author's name and publication year is not known: (Turkish Statistical Institute, 2021).
17. If you are citing more than one work by the same author in the same year, put the letters a, b, c next to the year.
 - (Çapar, 2021a).
 - (Çapar, 2021b).
 - (Çapar, 2021c).
18. If the name of the author is used in the text, the reference should be given as follows:
 - According to Çapar (2021),.....
19. In the articles, all kind of sources should be included in the References part. All the sources, without discriminating according to the type (thesis, book, article, report etc.), should be sorted alphabetically according to the surname of the authors. The studies of a particular author should be sorted in the References part from the oldest to the newest. Sources should be left justified in the first line, and 1.25 cm tabbed from left in the following lines. For that purpose, in the paragraph preferences "first line" should be adjusted to "hanging" and the value should be adjusted to 1.25 cm. In the References part, the first letter of the name of all publications (article title, book title, chapter title, thesis title etc.) except Journal title should be capital, and the rest of the title should be lower case, if they are not proper name or abbreviation. For the title of a journal, the first letters of all words should be capital. The reference page should be prepared according to example shown below.

Books:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Name of the book. Place of publication: Publisher.

Çapar, H. (2021). Sağlık Turizminde Öne Çıkan Ülkeler. Ankara: Nobel Yayınları.

Arslandoğlu, A., Gemlik H. N., and Bektemur G. (2019). Sağlık Hizmetleri Dört Boyut. İstanbul: Detay Yayıncılık.

Korkmaz, A., Dulupçu, M. A., Gövdere, B., and Songur, H. (2013). İnsani ücret. İstanbul: İGİAD Yayınları.

Translated Books:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Name of the book. First letter of the translator. Surname of the translator (Trans.), Place of publication: Publisher.

Drucker, P. (1994). Kapitalist ötesi toplum. B. Çorakçı (Trans.), İstanbul: İnkılap Kitabevi.

Edited Books:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Section title. First letter of the editor. Surname of the editor (Ed.), Title of the book in (Pages of the section), Place of publication: Publisher.

Okçu, M., Aktel, M. ve Kerman, U. (2007). İki süreci anlamak: Kamu yönetiminde küreselleşme ve Avrupalılaştırma. A. Yılmaz ve Y. Bozkurt (Ed.), Küresel esintiler ve yerel etkiler sarmalında Türk kamu yönetimi içinde (43-67), Ankara: Gazi Kitabevi.

Articles:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Title of the article. Journal title, Vol(No), Pages.

Çapar, H. (2019). Sağlık Alanında Meslekleşme ve Türkiye'nin Yaşadığı Sorunlar: Yeni Mesleklere Doğru.

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3), 803-816.

Çapar, H., and Aslan, Ö. (2020). Factors Affecting Destination Choice in Medical Tourism. International Journal



of Travel Medicine and Global Health, 8(2), 80-88. doi: 10.34172/ijtmgh.2020.13.

Çınar, F., Çapar, H., and Ekinci, G. (2021). Effect of COVID-19 anxiety on perceived risks and avoidance behaviors. *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 10(4), 1-18.

Thesis:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Thesis title. Master's Thesis/ Ph.D. Dissertation, Name of Institution, Place of publication.

Çapar, H. (2018). Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler: Yabancı Potansiyel Medikal Turistlerin Türkiye Algısını Ölçmeye Yönelik Bir Çalışma. Master thesis, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Symposiums/Congresses:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Title of the paper. Symposiums/Congresses Name, Organizing institute, Date of organization, Place of organization, Pages.

Çapar, H., Çınar, F., and Arıcı, H. (2014). Communication Problems with People on the Streets during COVID-19 in terms of Social Well-being. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 20-22 Mayıs 2021, Isparta, 158-169.

Research Reports:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Year). Title of the paper (Report No. xxx). Place of publication: Publisher.

Pamuk, Ş. (2007). Economic change in twentieth-century Turkey: Is the glass more than half-full? (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.

Internet Sources:

Surname, First letter of the name of the author(s). (Date of publication / Date of access). Title. Access address: Internet address, (Date of access).

Bebbington, J. and Song, E. (2004). The adoption of IFRS in the EU and New Zealand. Access address: <http://www.europe.canterbury.ac.nz/>, (14.07.2008).

Medikal Turizm Derneği. (2021). COVID-19'un Medikal turizm Üzerindeki Etkileri. Access address: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901355/>, (13.06.2021).

NOTE: In cases not mentioned here regarding the spelling rules, the points adopted in scientific articles should be taken into consideration.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

Sigara ve Alkol Tüketimi ile COVID-19 İlişkinin Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği

Evaluation of the Relationship between Smoking and Alcohol Consumption and COVID-19: The Case of Turkey

Öğr. Gör. Yaşar TURNA¹

Öğr. Gör. Dr. Sami EŞMEN²

Öğr. Gör. İsmail BİÇER³

ÖZ

Bu çalışmada, tüm dünyada son dönemde giderek artan bir şekilde varlığını sürdüren COVID-19 virüsünün yayılmasında ve şiddetinin artmasında etkili olduğu düşünülen sigara ve alkol tüketiminin virüs üzerindeki etkisinin analiz edilmesi amaçlanmaktadır. Bu noktadan hareketle çalışmada, 2020-03-2021-02 döneminde Türkiye'de COVID-19 vaka sayıları ile sigara ve alkol tüketim değişkenleri arasındaki ilişki Doğrusal Olmayan Otoregresif Dağıtılmış Gecikme modeli ile test edilmiştir. Bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki uzun ve kısa dönemli asimetrik ilişkiler NARDL modeli ile test edilmiş, bağımsız değişkenlerdeki olumlu ve olumsuz değişimlerin bağımlı değişkeni nasıl etkilediği ortaya konmuştur. Çalışmada, kısa vadede sigara tüketimindeki %1'lik artış, COVID-19 vakalarını %24 artırırken, %1'lik azalma COVID-19 vakalarını %12 azaltıyor. Alkol tüketimine ilişkin sonuçlar kısa vadede değerlendirildiğinde, alkol tüketimindeki %1'lik artış COVID-19 vakalarını %72 artırırken, %1'lik azalma ise COVID-19 vakalarını %29 oranında azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, NARDL, Sigara ve Alkol Kullanımı

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, C01, I12

ABSTRACT

In this study, it is aimed to analyze the effect of cigarette and alcohol consumption on the virus, which is thought to be effective in the spread and increase of the severity of the COVID-19 virus, which has been increasingly continuing its existence all over the world in the last period. Starting from this point, the study, the relationship between the number of COVID-19 cases, smoking and alcohol consumption variables in Turkey in the period 2020-03-2021-02 was tested with the Nonlinear Autoregressive Distributed Lag model. The long and short-term asymmetrical relationships between the dependent variable and the independent variable were tested with the NARDL model, it has been revealed how the positive and negative changes in the independent variables affect the dependent variable. In the study, 1% increase in cigarette consumption in the short term increases COVID-19 cases by 24%, 1% reduction reduces COVID-19 cases by 12%. When the results related to alcohol consumption are evaluated in the short term, 1% increase in alcohol consumption increases COVID-19 cases by 72%, 1% reduction reduces COVID-19 cases by 29%.

Keywords: COVID-19, NARDL, Smoking and Alcohol Use

JEL Classification Codes: I10, C01, I12

¹ Pamukkale Üniversitesi, Çivril Atasay Kamer Meslek Yüksekokulu, yturna@pau.edu.tr

² Pamukkale Üniversitesi, Çivril Atasay Kamer Meslek Yüksekokulu, sesmen@pau.edu.tr

³ Pamukkale Üniversitesi, Çivril Atasay Kamer Meslek Yüksekokulu, ismailbiceer@gmail.com

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam:

Coronavirus Disease, also known as COVID-19, is a rapidly expanding pandemic caused by a new human corona virus. COVID-19 was first reported in December 2019 in Wuhan, China, among patients with symptoms of viral pneumonia. COVID 19, unlike both Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV), It has been defined as the seventh member of the coronavirus family to infect humans. On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) declared that COVID-19 is a global epidemic (WHO, 2020). Although the infection started in Asia, it quickly spread all over the world. According to the WHO, this is the first pandemic caused by a coronavirus. The unique situation created by the COVID-19 epidemic in terms of chronic social isolation, physical distancing and permanent quarantine in many countries, leads to various undesirable consequences in terms of health. Due to the unknown nature of the disease, a large part of the world's population are faced with emerging psychosocial stress factors such as long-term confinement at home, depression and panic, fear of infection, vulnerability, working from home, anxiety about income flow, fear of losing their jobs. Moreover, the epidemic poses extreme challenges for low-income groups such as small businesses, migrant workers and daily earners, and causes unique challenges due to the uncertainty of the future. In addition, these restrictive measures could potentially lead to an increase in the incidence of risky behaviors such as smoking or excessive alcohol use and an increased risk of domestic violence, as well as an increased risk of medical conditions related to smoking and alcohol use

Metot:

Nonlinear Autoregressive Distributed Lag (NARDL) was developed in 2014 by Shin et al. NARDL model, Pesaran et al. (2001) is a generalized form of the Autoregressive Distributed Lag (ARDL) model that tests asymmetric relationships. Unlike other tests in the literature, the ARDL model also gives effective results when the variables are stationary at different levels. According to the ARDL model, the stationarity levels of the variables being I(0) or I(1) do not pose a problem in testing the cointegration relationship. However, if the stationarity levels of the variables are I(2), the ARDL model cannot be applied. The NARDL model also preserves these advantages because it is the form of the ARDL model that analyzes asymmetric relationships. At the same time, the NARDL model differs from other methods in terms of giving effective results in small samples and is important. NARDL model is used to test the long- and short-term asymmetric relationships between the dependent variable and the independent variable. Therefore, in the NARDL model, it is tested how the positive and negative changes in the independent variables affect the dependent variable.

Bulgular:

When NARDL test results are evaluated, cigarette consumption and alcohol consumption data affecting covid cases are significant in the short and long term. However, the short-term test results are decisive because the epidemic period covers the short-term theoretically. Therefore, based on short-term test results, cigarette and alcohol consumption seriously affect covid cases. 1% increase in cigarette consumption increases covid cases by 24%. 1% reduction in cigarette consumption reduces covid cases by 12%. The asymmetrical effect of cigarette consumption on cases reveals that the increase in cigarette consumption has a two-fold increasing effect on covid cases. When the coefficients related to alcohol consumption are evaluated in the short term, the 1% increase in alcohol consumption increases the covid cases by 72%. 1% reduction in alcohol consumption reduces covid cases by 29%. The asymmetrical effect of alcohol consumption on cases reveals that the increase in alcohol consumption has more than twofold increasing effect on covid cases.

Tartışma ve Sonuç:

Our study has some limitations. Since such studies are descriptive and cross-sectional in nature, no definite conclusions can be drawn about any relationship. Although an attempt has been made to control the most important factors such as the size of the economy, policies and the rate of COVID-19 testing, there may be other important missing confounding factors or remaining confounding factors that are still unchecked. At this point, the measurement of potential confounding factors is insufficient. Assuming that the COVID-19 pandemic will indeed be associated with a global reduction in alcohol and cigarette use, this effect should not be promoted as an indicator of the success of current alcohol and tobacco control policy commitments.

While the isolation and alcohol sales bans during the COVID-19 period reduced alcohol consumption in some countries, long stays at home increased alcohol consumption in some countries. Alcohol sales bans and other restrictions applied in Turkey have significantly reduced alcohol consumption rates. Along with the restriction policies, the decrease in the number of COVID-19 should be considered. This study we have done is the only study that tests the relationship between the number of COVID-19 cases and alcohol and cigarette consumption with the NARDL method. In this respect, it is important in terms of contributing to the literature. In future studies, different variables that may affect the number of COVID-19 cases can be included in the models.

1. INTRODUCTION

Coronavirus disease, also known as COVID-19, is a rapidly expanding pandemic caused by a new human coronavirus. (Zhu, et al., 2020). COVID-19 was first reported in December 2019 in Wuhan, China, among patients with symptoms of viral pneumonia (Li et al., 2020; Lu et al., 2020). COVID-19, unlike both Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV), It has been defined as the seventh member of the coronavirus family to infect humans (Zhu, et al., 2020). On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) declared that COVID-19 is a global epidemic (WHO, 2020). Although the infection started in Asia, it quickly spread all over the world. According to the WHO, this is the first pandemic caused by a coronavirus. The unique situation created by the COVID-19 epidemic in terms of chronic social isolation, physical distancing, and permanent quarantine in many countries, leads to various undesirable consequences in terms of health. (Dubey, et al., 2020; Biçer et al., 2021). Due to the unknown nature of the disease, a large part of the world's population is faced with emerging psychosocial stress factors such as long-term confinement at home, depression, and panic, fear of infection, vulnerability, working from home, anxiety about income flow, fear of losing their jobs. (Lima et al., 2020). Moreover, the epidemic poses extreme challenges for low-income groups such as small businesses, migrant workers, and daily earners, and causes unique challenges due to the uncertainty of the future (Kawohl and Nordt 2020; Mamun and Ullah, 2020). In addition, these restrictive measures could potentially lead to an increase in the incidence of risky behaviors such as smoking or excessive alcohol use and an increased risk of domestic violence, as well as an increased risk of medical conditions related to smoking and alcohol use (García-Alvarez et al., 2020; World Health Organization Regional Office for Europe). The distressed person may turn to cheap and readily available addictive substances such as cigarettes and alcohol to calm their negative feelings. Smoking has been found to be an unfavorable prognostic indicator of COVID-19 (Vardavas and Nikitara, 2020; Berlin et al., 2020; Zhao et al., 2020; Patanavanich and Glantz, 2020). It is not yet clear whether smoking is an independent risk factor for COVID-19 and whether it is confounded by age, gender, ethnicity, and comorbidities (Cai, 2020). Conflicting evidence has also emerged that smoking and COVID-19 severity are not correlated (sometimes even negatively correlated). However, these studies have limitations such as small, heterogeneous study population, underreporting of smoking status, and statistical inaccuracies. (Lippi and Henry, 2020; Rossato et al., 2020; Farsalinos et al., 2020; Lo and Lasnier, 2020). An important factor associated with the progression of COVID-19 pneumonia is the patient's smoking history. However, the observation of a decreased prevalence of smoking among hospitalized COVID-19 cases has resulted in the hypothesis that the intake of nicotine or other ingredients by smokers may reduce the likelihood of developing COVID-19 disease (Leung, et al., 2020). But there is no mechanism to explain it.

Alcohol consumption is associated with a number of communicable and non-communicable diseases and mental health disorders that can make a person more vulnerable to COVID-19. Alcohol, in particular, compromises the body's immune system and increases the risk of adverse health outcomes. Therefore, people should minimize their alcohol consumption whenever they want, especially during the COVID-19 pandemic. (World Health Organization 2020a). Alcohol consumption may pose a similar health risk, although there is a lack of systematic data on alcohol consumption and the risk of COVID-19. The dysfunctional immune system, vitamin deficiency, increased risk of aspiration pneumonia, associated liver and cardiometabolic diseases, increased risk of thrombosis can all act synergistically to cause worse health outcomes (Testino, 2020). More caution should be exercised with misinformation surrounding any protective effect of alcohol against COVID-19. A unique example of alcohol-related harms during the pandemic can be found in Iran, where the encounter of a long-time held ban on alcohol with misinformation about the benefits of consuming alcohol against the virus has led to over 700 deaths caused by methanol poisoning (Shokoohi et al., 2020). It has been proven that alcohol consumption habits increase 2-3 times in the COVID-19 period compared to normal periods. (Biddle, et al., 2020). A relaxation of alcohol control measures and increasing personal distress related to the COVID-19 outbreak could lead to an increase in alcohol consumption and/or a worsening of patterns in the long term (Rehm et al., 2020). Lockdown represents a risk factor for increased alcohol consumption in people with alcohol use disorders and relapse for those who were previously abstinent (Kim et al., 2020). Unfortunately, despite ongoing research efforts, little is known about the impact of the COVID-19 pandemic on smoking and alcohol use habits.

2. METHOD

Nonlinear Autoregressive Distributed Lag (NARDL) was developed in 2014 by Shin et al. NARDL model, Pesaran et al. (2001) is a generalized form of the Autoregressive Distributed Lag (ARDL) model that tests asymmetric

relationships. Unlike other tests in the literature, the ARDL model also gives effective results when the variables are stationary at different levels. According to the ARDL model, the stationarity levels of the variables being I(0) or I(1) do not pose a problem in testing the cointegration relationship. However, if the stationarity levels of the variables are I(2), the ARDL model cannot be applied. The NARDL model also preserves these advantages because it is the form of the ARDL model that analyzes asymmetric relationships. At the same time, the NARDL model differs from other methods in terms of giving effective results in small samples and is important (Akçağlayan and Gemicioğlu, 2020). NARDL model is used to test the long- and short-term asymmetric relationships between the dependent variable and the independent variable. Therefore, in the NARDL model, it is tested how the positive and negative changes in the independent variables affect the dependent variable (Altıntaş, 2016). Linear Error Correction Model is generally used to test the long-term relationship between variables. (Utkulu ve Ekinci, 2015). Accordingly, Linear Error Correction Model;

$$\ln Y_t = \beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_{1i} \Delta \ln Y_{t-i} + \sum_{i=0}^k \beta_{2i} \Delta \ln X_{t-i} + \sum_{i=0}^k \beta_{3i} \Delta \ln X_{2t-i} + \varepsilon_t \quad (1)$$

Equation 1 expresses the linear ARDL model. However, although there is no short- or long-term relationship between the variables in the literature, it is suggested that there will be a hidden cointegration relationship as a result of positive or negative decomposition of these variables. Shin et al. (2014) argue that by making positive and negative decompositions of the variables in the NARDL model, besides testing the symmetrical short- and long-term relationship between the variables, they can be tested in their asymmetrical relationships. Therefore, this test method uses the sum of the positive and negative partial decompositions of the independent variables (Ceylan et al. 2016).

$$X_t^+ = \sum_{j=1}^t \Delta X_j^+ = \sum_{j=1}^t \max(\Delta X_j^+, 0) \quad (2)$$

$$X_t^- = \sum_{j=1}^t \Delta X_j^- = \sum_{j=1}^t \max(\Delta X_j^-, 0) \quad (3)$$

Starting from the equation 2, the asymmetric relationship between the variables is tested by providing partial decomposition of the variables. In addition, when the ECM Model given in equation 1 is rewritten in NARDL form to express short- and long-term asymmetric effects,

$$\Delta y_t = \rho y_{t-1} + Q^+ X_{t-1}^+ + Q^- X_{t-1}^- + \sum_{j=1}^{p-1} \delta \Delta y_{t-j} + \sum_{j=0}^q (\pi_j^+ \Delta X_{t-j}^+ + \pi_j^- \Delta X_{t-j}^-) + \varepsilon_t \quad (j=1, 2, 3, \dots, p) \quad (4)$$

In equation 4, the symbol p represents the delay of the dependent variable, and the symbol q represents the delay of the independent variable. The positive (+) and negative (-) symbols on the independent variable indicate the positive and negative decomposition of the independent variable. Wald test statistic is used to test the asymmetric relationship between the variables in the NARDL model. While doing this test, Hypothesis test;

$H_0: \theta^+ = \theta^- \rightarrow$ There is long-term symmetrical relationship between the variables.

$H_1: \theta^+ \neq \theta^- \rightarrow$ There is an asymmetric relationship between the variables in the long run.

It is established as Accordingly, the rejection of the H_0 hypothesis indicates the existence of a long-term asymmetrical relationship between the variables. In testing the short-run asymmetric relationship,

$H_0: w_i^+ = w_i^- \rightarrow$ There is a symmetrical relationship between the variables in the short run.

$H_1: w_i^+ \neq w_i^- \rightarrow$ There is an asymmetric relationship between the variables in the short run.

In the NARDL model, short-run effects are tested with distributed lags, while long-run effects are described by a common long-run vector.

3. DATA SET AND MODEL

The study analyzes the effect of cigarette and alcohol consumption on the virus, which is thought to be effective in the spread and increase of the severity of the COVID-19 virus, which has increased its presence in all countries in the world recently. Accordingly, in the study, the relationship between the number of COVID-19 cases and cigarette and alcohol consumption data from the start of the epidemic in Turkey is tested. Data covers the period 2020M03:2021M02. The number of COVID-19 cases from the research data was taken from the daily reports of the Ministry of Health of the Republic of Turkey. Smoking rate and alcohol consumption data were obtained from the TAPDK database.

Considering the start date of the epidemic, the limited data obtained limits the use of different statistical methods. However, based on the hypothesis that the NARDL model will give effective results in small samples, the relationship between the variables has been tested with the NARDL model. Accordingly, the unconstrained NARDL model with two independent variables used to test the cointegration relationship between the variables;

$$\Delta \ln COVID_t = \alpha_0 + \sum_{i=1}^p b_i \Delta \ln COVID_{t-i} + \sum_{i=0}^p b_i \Delta \ln SMOKE_{t-i} + \sum_{i=0}^q c_i \Delta \ln ALCOHOL_{t-i} + \Phi_1 \ln COVID_{t-1} + \Phi_2 \ln SMOKE_{t-1} + \Phi_3 \ln ALCOHOL_{t-1} + ECT_{t-1} + \varepsilon_t \quad (5)$$

It is defined as However, although no relationship is observed between the variables in the given model, a hidden cointegration relationship can be found when the positive and negative decompositions of the variables are made. For this reason, the cointegration relationship is tested with the partial decomposition sums that test the positive and negative relationships between the variables.

$$SMOKE^+ = \sum_{j=1}^t \Delta SMOKE_j^+ = \sum_{j=1}^t \max(\Delta SMOKE_j, 0) \text{ ve } SMOKE^- = \sum_{j=1}^t \Delta SMOKE_j^- = \sum_{j=1}^t \min(\Delta SMOKE_j, 0) \quad (6)$$

$$ALCOHOL^+ = \sum_{j=1}^t \Delta ALCOHOL_j^+ = \sum_{j=1}^t \max(\Delta ALCOHOL_j, 0) \text{ ve } ALCOHOL^- = \sum_{j=1}^t \Delta ALCOHOL_j^- = \sum_{j=1}^t \min(\Delta ALCOHOL_j, 0) \quad (7)$$

By adding the decompositions in equations 6 and 7, it is possible to determine the long- and short-term asymmetrical relationship between the variables.

Descriptive statistics regarding the data used in the analysis based on the explanations made and the model established are given in the table below.

Table 1: Descriptive Statistics

Variables	Mean	Median	SD	Skewness	Kurtosis
$\Delta \ln COV$	4.915964	4.719812	0.557277	1.003626	3.659151
$\Delta \ln ALCOHOL$	7.913299	7.956885	0.186601	-0.814871	2.102318
$\Delta \ln SMOKE$	2.718127	2.726768	0.090539	0.540693	2.774544

3.1 NARDL Test Results

ADF unit root test method was used to determine the stationarity levels of the variables used in the study. The stationarity levels of the variables are given in Table 2.

Table 2: ADF Unit Root Test Results

Variables	Level [I(0)]	Different [I(1)]
COVID	-2.851413*	-3.305382**
SMOKE	-2.468628	-3.632184**
ALCOHOL	-1.949564	-5.005073***

***, **, * The marks represent significance at the level of 1%, 5%, and 10%, respectively.

According to the ADF unit root test results in Table 1, it is observed that the variables are stationary at different levels. For this reason, NARDL method, which allows testing the cointegration relationship at different stability

levels, was used to test the relationship between the variables. Therefore, the NARDL method test results, which analyze the asymmetric cointegration relationship between the variables, are given in Table 3.

Table 3: NARDL Test Results

Test	F Statistics	Critical Value
NARDL Test	6.407718***	1.9-3.01 (10%)
		2.26-3.48 (5%)
		2.62-3.9(2.5%)
		3.07-4.44 (1%)

*, ** and *** indicate that the statistics are significant at 10%, 5% and 1%, respectively.

The F statistic calculated according to the NARDL test results in Table 3 is greater than the F critical values. For this reason, the hypothesis of the existence of a symmetrical relationship between the variables specified in the H_0 hypotheses is rejected. Therefore, it is observed that there is an asymmetrical relationship between the variables used in the analysis. However, in order for the cointegration test to be valid, the model should not have autocorrelation and heteroskedasticity problems. Therefore, robustness tests for the validity of the model are included in Table 5.

Table 4: Robustness checks results

Test	F statistics	Probability
Breusch-Godfrey LM test	0.001509	0.9703
White test	8.190871	0.2652

According to the results of Breusch-Godfrey and White test in Table 4, no problems regarding autocorrelation and heteroskedasticity were observed in the model. Therefore, the long-term and short term relationship between variables is valid. The long-term coefficients obtained as a result of the NARDL test are given in Table 5.

Table 5: NARDL Long Term Test Results

Variables	Coefficients	Standart Error	T-statistic
$\ln SMOKE^+$	2.255753	0.255753	8.832235*
$\ln SMOKE^-$	0.824850	0.338069	2.439884
$\ln ALCOHOL^+$	4.795727	0.215974	22.20507**
$\ln ALCOHOL^-$	-2.617571	0.197381	-13.26152**

***, **, * The marks represent significance at the level of 1%, 5%, and 10%, respectively.

According to the long-term test results in Table 5, cigarette consumption and alcohol use affect the number of covid cases statistically. However, making long-term predictions from the data obtained in the 12-month period when the epidemic period is taken into account does not theoretically coincide with the concept of long-term. Therefore, it would be meaningless to interpret the long-run coefficients. The epidemic process literally covers the short-term, and the interpretation of the short-term coefficients reveals a more realistic result. Therefore, the short-term coefficients obtained from the analysis are given in Table 6.

Table 6: NARDL Short Term Test Results

Variables	Coefficients	Standart Error	T-statistic
$\ln SMOKE^+$	24.64625	2.019732	-12.20273*
$\ln SMOKE^-$	-12.18352	0.983699	-12.38541*
$\ln ALCOHOL^+$	72.91281	5.667472	-12.86514**
$\ln ALCOHOL^-$	-29.09712	2.150688	13.52921**

***, **, * The marks represent significance at the level of 1%, 5%, and 10%, respectively.

According to the NARDL short-term test results in Table 6, 1% increase in cigarette consumption in the short term increases covid cases by 24%, 1% reduction reduces covid cases by 12%. When the coefficients related to alcohol consumption are evaluated in the short term, 1% increase in alcohol consumption increases covid cases by 72%, 1% reduction reduces covid cases by 29%.

4. DISCUSSION AND CONCLUSION

When NARDL test results are evaluated, cigarette consumption and alcohol consumption data affecting covid cases are significant in the short and long term. However, the short-term test results are decisive because the epidemic period covers the short-term theoretically. Therefore, based on short-term test results, cigarette and alcohol consumption seriously affect covid cases. 1% increase in cigarette consumption increases covid cases by 24%. 1% reduction in cigarette consumption reduces covid cases by 12%. The asymmetrical effect of cigarette consumption on cases reveals that the increase in cigarette consumption has a two-fold increasing effect on covid cases. When the coefficients related to alcohol consumption are evaluated in the short term, the 1% increase in alcohol consumption increases the covid cases by 72%. 1% reduction in alcohol consumption reduces covid cases by 29%. The asymmetrical effect of alcohol consumption on cases reveals that the increase in alcohol consumption has more than twofold increasing effect on covid cases. Most of the studies in the literature have tried to measure the anatomical effect of COVID-19 disease in individuals who use alcohol and cigarettes (Malta, et al., 2021; Gaiha, et al., 2020). There are very few studies testing the relationship between the number of cases and smoking and alcohol consumption. For example; In their study, Tsigaris and Teixeira da Silva (2020) found a statistically significant negative relationship between the prevalence of smoking and the prevalence of COVID-19 in 38 European countries. A study conducted in the USA found a relationship between a COVID-19 pandemic and alcohol policy and alcohol consumption. The study represents associations between the onset of COVID-19 and alcohol consumption and does not represent causal relationships (Barbosa et al., 2020). More studies are needed to address the long-term effects of the pandemic on alcohol use and related harms.

Our study has some limitations. Since such studies are descriptive and cross-sectional in nature, no definite conclusions can be drawn about any relationship. Although an attempt has been made to control the most important factors such as the size of the economy, policies and the rate of COVID-19 testing, There may be other important missing confounding factors or remaining confounding factors that are still unchecked. At this point, the measurement of potential confounding factors is insufficient. Assuming that the COVID-19 pandemic will indeed be associated with a global reduction in alcohol and cigarette use, this effect should not be promoted as an indicator of the success of current alcohol and tobacco control policy commitments.

While the isolation and alcohol sales bans during the COVID-19 period reduced alcohol consumption in some countries, long stays at home increased alcohol consumption in some countries. Alcohol sales bans and other restrictions applied in Turkey have significantly reduced alcohol consumption rates. Along with the restriction policies, the decrease in the number of COVID-19 should be considered. This study we have done is the only study that tests the relationship between the number of COVID-19 cases and alcohol and cigarette consumption with the NARDL method. In this respect, it is important in terms of contributing to the literature. In future studies, different variables that may affect the number of COVID-19 cases can be included in the models.

DECLARATION OF THE AUTHORS

Declaration of Contribution Rate: The contribution rates of all the authors are same rate.

Declaration of Support and Thanksgiving: The authors declare that they are responsible for the scientific content of the article, including study design, data collection, analysis and interpretation, writing, preparation and scientific review of some or all of the content, and approval of the final version of the article.

Declaration of Conflict: The authors do not declare any conflict of interest.

REFERENCES

- Akçağlayan, A., & Gemicioğlu, S. (2020). Döviz Kuru Şoklarının Para Politikası Üzerindeki Asimetrik Etkileri Türkiye Örneği. *Maliye Dergisi*, (178), 1–18.
- Altıntaş, H. (2016). Petrol Fiyatlarının Gıda Fiyatlarına Asimetrik Etkisi Türkiye için NARDL Modeli Uygulaması. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(4), 1–24.
- Berlin, I., Thomas, D., Le Faou, A. L., & Cornuz, J. (2020). COVID-19 and smoking. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(9), 1650-1652.
- Biçer, İ., Çakmak, C., Örgev, C., & Demir, H. (2021). Knowledge, attitude and practices (KAP) regarding COVID-19 and Coronavirus anxiety levels in the Turkish population. DOI: 10.4328/ACAM.20482
- Cai, H. (2020). Sex difference and smoking predisposition in patients with COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(4), e20.
- Ceylan, F., Tüzün, O., Ekinci, R., & Kahyaoğlu, H. (2016). Tüketici Kredileri İle Paranın Dolanım Hızı Arasındaki Asimetrik İlişki Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(7), 2342–2357.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., ... & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788.
- Farsalinos, K., Barbouni, A., & Niaura, R. (2020). Systematic review of the prevalence of current smoking among hospitalized COVID-19 patients in China: could nicotine be a therapeutic option?. *Internal and emergency medicine*, 15(5), 845-852.
- García-Álvarez, L., De La Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown?/? Se observaran cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*, 32(2), 85-90.
- Kawohl, W., & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 389-390.
- Leung, J. M., Yang, C. X., & Sin, D. D. (2020). Reply to:“Current smoking is not associated with COVID-19”. *European Respiratory Journal*, 55(6).
- Lima, C. K. T., de Medeiros Carvalho, P. M., Lima, I. D. A. A. S., de Oliveira Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., ... & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*, 287, 112915.
- Lippi, G., & Henry, B. M. (2020). Active smoking is not associated with severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *European journal of internal medicine*, 75, 107.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Lo, E., & Lasnier, B. (2020). Active smoking and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19): the use of significance testing leads to an erroneous conclusion. *European journal of internal medicine*, 77, 125-126.
- Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. W. Outbreak of Pneumonia of Unknown Etiology in Wuhan China: the Mystery and the Miracle. *Journal of Medical Virology*.
- Mamun, M. A., & Ullah, I. (2020). COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty?–The forthcoming economic challenges for a developing country. *Brain, behavior, and immunity*.
- Patanavanich, R., & Glantz, S. A. (2020). Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(9), 1653-1656.

- Pesaran, M.H., Shin, Y., Smith, R.J. (2001). Bounds testing approaches to the analysis of level relationships. *Journal of Applied Econometrics*, 16, pp.289-326.
- Rossato, M., Russo, L., Mazzocut, S., Di Vincenzo, A., Fioretto, P., & Vettor, R. (2020). Current smoking is not associated with COVID-19. *European Respiratory Journal*, 55(6).
- Shin Y., Yu B., Greenwood-Nimmo M. (2014) Modelling Asymmetric Cointegration and Dynamic Multipliers in a Nonlinear ARDL Framework. In: Sickles R., Horrace W. (eds) *Festschrift in Honor of Peter Schmidt*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-8008-3_9
- Testino, G. (2020). Are patients with alcohol use disorders at increased risk for Covid-19 infection?. *Alcohol and Alcoholism*, 55(4), 344-346.
- Tsigaris, P., & Teixeira da Silva, J. A. (2020). Smoking prevalence and COVID-19 in Europe. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(9), 1646-1649.
- Utkulu, U., & Ekinci, R. (2016). Uluslararası Petrol ve Gıda Fiyatlarından İç Fiyatlara Asimetrik ve Doğrusal Olmayan Fiyat Geçişkenliği Türkiye İçin NARDL Modeli Bulguları. *Finans Politik Ekonomik Yorumlar*, 53(617), 9–22.
- Vardavas, C. I., & Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco induced diseases*, 18.
- WHO, (2020) Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID19 -March 2020
- World Health Organization Regional Office for Europe . Alcohol Does not Protect Against COVID-19; Access Should be Restricted During Lockdown. Available online at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/04/alcohol-does-not-protect-against-covid-19-access-should-be-restricted-during-lockdown> (accessed November 26, 2020).
- World Health Organization. (2020a). Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown. *Alcohol Use*.
- Zhao, Q., Meng, M., Kumar, R., Wu, Y., Huang, J., Lian, N., ... & Lin, S. (2020). The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systemic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 92(10), 1915-1921.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Niu, P. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*.
- Shokoohi, M., Nasiri, N., Sharifi, H., Baral, S., & Stranges, S. (2020). A syndemic of COVID-19 and methanol poisoning in Iran: Time for Iran to consider alcohol use as a public health challenge?. *Alcohol*, 87, 25-27.
- Biddle, N., Edwards, B., Gray, M., & Sollis, K. (2020). Alcohol consumption during the COVID-19 period: May 2020.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C. D., ... & Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and alcohol review*, 39(4), 301-304.
- Kim, J. U., Majid, A., Judge, R., Crook, P., Nathwani, R., Selvapatt, N., ... & Lemoine, M. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(10), 886-887.
- Barbosa, C., Cowell, A. J., & Dowd, W. N. (2021). Alcohol consumption in response to the COVID-19 pandemic in the United States. *Journal of Addiction Medicine*, 15(4), 341.
- Malta, D. C., Gomes, C. S., Souza Júnior, P. R. B. D., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. D. A., Machado, Í. E., ... & Azevedo, L. O. (2021). Factors associated with increased cigarette consumption in the Brazilian population during the COVID-19 pandemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
- Gaiha, S. M., Cheng, J., & Halpern-Felsher, B. (2020). Association between youth smoking, electronic cigarette use, and COVID-19. *Journal of adolescent health*, 67(4), 519-523.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

COVID-19 Sürecinde Bireylerin Yeşil Alan Kullanımı ve Gereksinimi: Fındıklı, Rize Örneği*

The Use and Need of Green Areas of Individuals during the COVID-19 Process: The Case of Fındıklı, Rize

Yüksek Peyzaj Mimarı Kübra HAZNEDAR¹

Prof. Dr. Tuğba KİPER²

ÖZ

Çalışmada, “Kentsel yeşil alanlar kişilerin sağlıklı olmalarında önemli bir etkiye sahip olup Covid-19 süreci ile kişilerin yeşil alanlara olan talep ve eğilimleri değişiklik göstermiştir” hipotezi ile “Kentsel yeşil alanlar kişilerin fiziksel-ruhsal ve sosyal sağlıklarını ne ölçüde etkilemektedir?”, “Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanım ve tercihleri nasıl olmuştur?” sorularına cevap aranmıştır. Çalışma; Rize İli Pazaryeri İlçesi örneğinde 115 kişiye uygulanan anket çalışması ile katılımcıların yeşil alan kullanım ve tercihlerine ilişkin görüş ve eğilimleri ortaya konmuştur. Anketlerden elde edilen veriler; frekans ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistik analizlerin yanı sıra Ki-Kare testi ve Faktör analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Anket sonuçları çerçevesinde, yeşil alanların kişilerin sağlıklı olmalarında önemli bir etkiye sahip olup Covid-19 süreci ile kişilerin yeşil alanlara olan talep ve eğilimlerinin değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak; pandemi süreci ile birlikte kent planlama ve tasarımında yeşil alanların sağladığı katkılar dikkate alınarak, kişilerin yeşil alanlara yönelik ihtiyaç, talep ve eğilimleri temel bir gereklilik olarak düşünülmesinin önemli olduğu ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Halk sağlığı, Kentsel yeşil alan, Yeşil alan,

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I18, I28

ABSTRACT

In the study, the hypothesis "Urban green fields have a significant effect on people's health and their demand and tendencies to green fields have changed with the Covid-19 process", "To what extent do urban green fields affect people's physical-mental and social health?", "How have green field usage and preferences been during Covid 19?" The overall aim of the study is to determine the green space usage and preferences of local people during the pandemic process in the special area of Fındıklı District of Rize Province. In the study; In the case of Rize Province Pazaryeri District, the survey of 115 people revealed the opinions and trends of the participants regarding their green field usage and preferences. Data from surveys were evaluated with chi-square test and factor analysis methods besides descriptive statistical analyses such as frequency and percentage distributions. Within the framework of the survey results, it was determined that green areas have a significant effect on people's health and that the demand and trends of people to green areas have changed with the Covid-19 process. As a result, it can be stated that it is important to consider the needs, demands and tendencies of individuals for green areas as a basic necessity, taking into account the contributions made by green fields in urban planning and design together with the pandemic process.

Keywords: COVID-19, Public health, Green space, Urban green space,

JEL Classification Codes: I10, I18, I28

* Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi/ Fen Bilimleri Enstitüsü/ Peyzaj Mimarlığı Anabilim Dalında yürütülen yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

¹ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Peyzaj Mimarlığı Anabilim Dalı, kbrhzndr@hotmail.com

² Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi/ Peyzaj Mimarlığı Bölümü, tkiper@nku.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

In the study, the hypothesis "Urban green fields have a significant effect on people's health and their demand and tendencies to green fields have changed with the Covid-19 process", "To what extent do urban green fields affect people's physical-mental and social health?", "How have green field usage and preferences been during Covid 19?" The overall aim of the study is to determine the green space usage and preferences of local people during the pandemic process in the special area of Fındıklı District of Rize Province.

Design/methodology/approach:

In the study; in the case of Rize Province Pazaryeri District, the survey of 115 people revealed the opinions and trends of the participants regarding their green field usage and preferences, study; it was carried out in five basic stages: determining the purpose and scope, collecting the data on the subject, determining the sample size, preparing the survey questions, implementing the survey and evaluating the survey results. In the process of preparing survey questions; using different sources, it was noted that during the epidemic process, individuals had information about their physical activity status, frequency of green field use, reasons and time spent in the green area, outdoor use preferences. Survey forms consist of a total of 29 questions and 3 sections with multiple choice, 2 options and Likert type. The first section consists of questions to recognize the user profile, such as the gender, marital status, education, status, occupational status, income status and who they live with. In the second part, questions were asked about the usage habits of individuals before the pandemic. Information about the living areas has been obtained with questions such as working status, dwelling types which they reside and the state of story height, the period of residing in the township, the frequency and purposes of leaving the house, who they participate in free time activities with. It was ensured that their approach to green areas and physical activity situations were determined with questions about the duration of access to green areas, the frequency of green field use, the time they spent in green areas, the reasons they preferred green areas, the features they were looking for in green areas, their walking conditions, walking times, their places of walking, general state of health and their evaluation of the judgements given about nature. In the third part, several considerations take part to determine the situations and approaches of people to use the outdoors after the pandemic including the situations of visiting parks, the effects of not being able to use the outdoors, the effects of the necessity to stay at home, what the outdoor preferences would be like when the pandemic ended, changes in their mental, physical and social status compared to before the pandemic, and the adequacy of the parks in the immediate vicinity within the framework of the pandemic process. Data from surveys were evaluated with chi-square test and factor analysis methods besides descriptive statistical analyses such as frequency and percentage distributions.

Findings:

57.4% of the respondents were women and 42.6% were male, and the majority of respondents were undergraduates with 35.6% and secondary education graduates with 24.3%. As many as 60% of the people surveyed had lived in the district for more than 15 years, and 55.7% reported going out every day. Hiking, fresh air and sports were among the priority choices for the survey respondents to go out. Park and coastal areas are preferred as the walking place. It has been revealed that interacting with nature positively affects people physically, socially and spiritually. It was stated that the requirement to stay at home was very bad at 29.6% and bad in 51.3%. When the outdoor preference situations were examined after the pandemic, 39.1% preferred parks and gardens, 16.5% preferred water shores and 13% preferred picnic and promenade areas. When the pandemic process ended, %89.5 respondents stated that the outdoors would become important. Participants stated that it would be useful to visit parks during the epidemic process, that parks would increase morale and motivation, that there were safe spaces for socialization, that they supported physical activity and that park use increased during the epidemic. In addition to this, a statistically significant relationship was found between the level of education and the frequency of open field utilization during the pandemic process. A statistically significant relationship was also found between marital status and supporting the idea that spending time in nature benefits physically.

Conclusion and Discussion:

Within the scope of the study; it has been determined that there are changes in the physical-mental and social situations of individuals with the pandemic process. As seen in the survey conducted in the field of study, the loneliness of the necessity to stay at home during the Covid-19 pandemic period, their detachment from their daily routines in the pre-epidemic period, and the changes in their social lives negatively affected individuals. However, within the framework of the survey results, it was determined that green areas have a significant effect on people's health and that the demand and trends of people to green areas have changed with the Covid-19 process. Within this framework; The need, demands and trends for green spaces in urban planning and design together with the pandemic process should be considered as a basic necessity and should be addressed within the framework of this approach. In order to improve the quality of life of cities and to be sustainable, the amount, size and accessibility of green spaces should be taken into account in planning and design studies to be carried out on upper and lower scales. However, within the framework of the survey results, it was determined that green areas have a significant effect on people's health and that the demand and trends of people to green areas have changed with the Covid-19 process. In this context, the need, demands and trends for green spaces in urban planning and design together with the pandemic process should be considered as a basic necessity and should be addressed in line with this approach.

1. GİRİŞ

Covid 19 sürecinin ilk etabında kısıtlama tedbirleri olarak yaşanan evde kalma zorunluluğu ile birlikte, kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarında değişiklikler oluşmuş olup, bu durum kentsel yaşam kalitesini etkilemiştir. Bu süreçte kentsel yeşil alanlar kişilerin yaşam kalitesinde olumlu katkılar sağlamıştır (Mayen Huerta ve Cafagna, 2021; Pouso vd., 2021). Öyle ki yeşil alanlar; ekolojik, estetik, ekonomik faydalarının yanı sıra, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkları açısından da önemli faydalar sağlamaktadırlar. Bu durum pandemi süreci ile ilintili olarak birçok çalışmada da vurgulanmıştır. Keza, Geary vd. (2021) ile Luo vd. (2021) çalışmalarında; salgın sürecinde yeşil alanların, kapalı ortamların aksine; kişilerin fiziksel aktivitelerde bulunmalarına, temiz hava almalarına, doğal manzara etkisinden yararlanmalarına ve dinlenmelerine olanak tanıdıklarından dolayı önemli hale geldiği üzerinde durmuşlardır. Gianfredi vd., (2021), Mayen Huerta ve Cafagna, (2021), Ugolini vd., (2021) de pandemi sürecinde doğal ortamlarla temasın stres, depresyon ve kaygıyı azalttığını ortaya koymuşlardır. Hartig, Mitchell vd. (2014), Akpınar ve Cankurt (2015), Karataş ve Kılıç (2017), Gültekin vd. (2018), Müminoğlu vd., (2018), Bratman vd. (2019) ile Yakınlar (2020) ise çalışmalarında yeşil alanlar ile ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlık arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Kaya Ciddi ve Yazgan (2020) ise; doğal ortamlarda yapılan fiziksel aktivitenin fiziksel sağlıkla birlikte ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediğini vurgulamışlardır. Seçkin (2020)'nin çalışmasında da; pandemi sürecinde salgının yayılması ile evde kalmanın bireylerde ruhsal ve fiziksel olumsuzluklar yarattığı ve bu durumda da özellikle engelli, yaşlı ve çocukların yeşil alanlara daha çok ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda ise, yeşil alanların; kardiyovasküler sağlık (Yeager vd., 2018), stres (Yang vd., 2021), obezite (Lam vd., 2021), diyabet (De la Fuente vd., 2021), solunum yolu hastalıkları (Lambert vd., 2018) gibi çeşitlik hastalıklara karşı bazı koruyucu sağlık etkileri olduğu vurgulanmıştır. Noszczyk vd. (2022)'nin çalışmasında; kentsel yeşil alanların, krizlerin etkilerini hafifletmek için önemli bir tampon sağladığı ve bireylerin zihinsel ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesinde birer araç oldukları vurgulanmıştır.

Üst ölçek planlarda da; yeşil alanlar yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiş olup, sürdürülebilir yaşam alanlarının birer parçası olduğu vurgulanmıştır (Anonim, 2013; Anonim, 2018; Anonim, 2019). Tarihi süreç içerisinde kentsel planlama ve tasarım çalışmalarında da öngörülen yeşil odaklı kent yaklaşımları bunu destekler niteliktedir. Bu noktada Özdede vd. (2021)'in de belirttiği gibi; Howard'ın bahçe şehir yaklaşımı, Olmsted'in New York için yeşil akciğerler temalı Central Park tasarımı, Birmingham'ın yeşil kuşağı, Kopenhag'ın beş parmak planı ve Boston'un zümrüt kolyesi örnek verilebilir. Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan "Şehirler ve Salgınlar: Daha Adil, Yeşil ve Sağlıklı Bir Geleceğe Doğru" başlıklı rapor kapsamında da mavi-yeşil ağları güçlendirmek ve geliştirmek hedeflenmiştir.

Görüldüğü üzere gerek üst ölçek planlarda gerekse de diğer bilimsel çalışmalarda yeşil alanların kentsel yaşam kalitesinde başrol oynamakla birlikte, kişiler üzerinde fiziksel-ruhsal ve sosyal yönden önemli katkılar sağladığı ve COVID-19 sürecinde daha da önemli bir araç olduğu vurgulanmıştır. Böylelikle, COVID-19 sürecinde yerel halkın yeşil alan kullanımı ve gereksinimlerinin belirlenmesi; bu alanda yapılacak çalışmalarla ilgili literatüre katkı sağlamanın yanı sıra geleceğe yönelik kentlerin planlanması ve tasarımında faydalı olacaktır. Böylelikle de; kent planlama ve tasarımında yeşil alanlara olan ihtiyaç, talep ve eğilimler temel bir gereklik olarak düşünülmeli ve bu yaklaşım çerçevesinde ele alınmalıdır.

Bu doğrultuda çalışma kapsamında, "Kentsel yeşil alanlar kişilerin sağlıklı olmalarında önemli bir etkiye sahiptir ve Covid-19 süreci ile kişilerin yeşil alanlara olan talep ve eğilimleri değişiklik göstermiştir" hipotezi ile "Kentsel yeşil alanlar kişilerin fiziksel-ruhsal ve sosyal sağlıklarını ne ölçüde etkilemektedir?", "Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanım ve tercihleri nasıl olmuştur?" sorularına cevap aranmıştır. İlgili çerçevede çalışmanın genel amacı, Rize İli Fındıklı İlçesi özelinde, pandemi sürecinde yerel halkın yeşil alan kullanım ve tercihlerinin belirlenmesidir. Bu amaçla; Rize ili Fındıklı İlçesi özelinde gerçekleştirilen anket çalışması ile kişilerin yeşil alan kullanım ve tercihlerine ilişkin görüş ve eğilimleri ortaya konmuştur. Anket sonuçları çerçevesinde, yeşil alanların kişilerin sağlıklı olmalarında önemli bir etkiye sahip olup Covid-19 süreci ile kişilerin yeşil alanlara olan talep ve eğilimlerinin değişiklik gösterdiği belirlenmiş olup, çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

2. COVID-19 SÜRECİ VE BİREYLER ÜZERİNE ETKİLERİ

COVID-19 salgını ilk olarak Çin'in Wuhan Eyaleti'nde Ocak 2020'de tanımlanan bir virüsken, daha sonra etkisi ve şiddeti giderek artarak tüm dünyada etkisini gösteren küresel bir salgın haline gelmiştir. Bu durum, sağlık başta olmak üzere yaşamın her alanında olumsuz etkilere neden olmuştur (Anonim, 2022; Güngören, 2020). Salgın sürecinde belirli dönemlerde 18 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylere uygulanan kısıtlamalar, kültür-sanat-spor temalı

toplu olarak yapılan aktivite ve mekânlara yönelik kısıtlamalar ile uzaktan erişimin ön plana çıktığı uygulamalar bu dönemde yaşanan durumların birkaç örneği olmuştur. Özellikle pandeminin ilk dönemlerinde kısıtlamaların getirdiği hareketsiz yaşam tarzı ile birlikte bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki baskılar meydana gelmiştir. Pandeminin bireyler üzerindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri Tablo 1. de kısaca verilmiştir. Yaşam alanları kısıtlanan bireyler evlerde geçirdikleri süre boyunca yaşadıkları ruhsal değişimler, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve sosyalleşememe sonucunda yaşadıkları evleri, sokakları, yeşil alanların yeterliliğini sorgulamaya başlamıştır. Kısıtlı sürelerde sokağa çıkabilmek insanlarda, çevrelerindeki doğal alanlara olan ihtiyaçlarını, konut içerisindeki doğal ışık, görüş açıklığı, manzara gibi birçok etkene olan ihtiyacını daha belirgin hale getirmiştir. Bu anlamda yeşil alanlar, bireylerin hareketsiz kaldıkları dönem boyunca ihtiyaç duyduğu gezinme, yürüyüş ve temiz hava alma gibi aktivitelerini karşılamak için ilk tercih ettikleri mekanlar haline gelmiştir. Öyle ki; Akyol vd. (2020)'nin çalışmasında; pandemi sürecinde, bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile psikolojik durumları arasında olumsuz yönde bir ilişki saptanmıştır. Kaya Ciddi ve Yazgan (2019)'ın çalışmasında da, fiziksel aktivitenin psikolojik sağlık üzerinde istatistiki anlamda ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, insanların yaşadığı çevreye bakış açısı ve yeşil alan kullanımlarına olan ihtiyacın artması ile birlikte, kentsel yeşil alanların korunması ve sürdürülebilirliği de önemli bir hale gelmiştir.

Tablo 1. COVID-19 salgınının bireyler üzerindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri

Fiziksel Etkileri	Hareketsiz kalma, kronik hastalıklar açısından risk oluşturma, fazla enerjinin atılamaması, enerji depolayamama, obezite riski vb.
Psikolojik Etkileri	Yalnızlık, depresyon, karamsar düşünme, sevdiklerini kaybetme, işten çıkarılma, hastalığa yakalanma ve ölüm korkusu, güvensizlik duygusu, şiddet eğilimi ve davranış bozuklukları vb.
Sosyal Etkileri	Sosyal mesafe, kültür-sanat-spor temalı toplu aktivitelerin yapılamaması, seyahat kısıtlamaları gibi kuralların kişiler üzerinde yarattığı iletişim kopukluğu, yalnızlık, bireyselleşme

Kaynak: Özdemir (2009), (Kaya, 2020), (Seçkin, 2020), Benek ve Şahap (2017) kaynaklarından uyarlanarak hazırlanmıştır.

3. MATERYAL VE METOT

Çalışma, yeşil alanların kişilerin fiziksel-ruhsal ve sosyal durumlarında olumlu etkiler yaratması çerçevesinde, Rize İli Fındıklı İlçesi'nde yaşayan yerel halkın Covid 19 sürecinde yeşil alanları kullanımına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesine dayanmaktadır. Fındıklı ilçesi, doğusunda Artvin iline bağlı Arhavi ilçesi, batısında Ardeşen ilçesi, güneyinde Yusufeli ilçesi ve kuzeyinde ise Karadeniz ile çevrilidir (Fındıklı Kaymakamlığı, 2020). Fındıklı ilçesinin nüfusu 2020 yılı sayımına göre 16.850 kişi (TÜİK, 2021) olup, yüz ölçümü 409 km²'dir. Çalışmanın ana materyalleri şunlardır:

- Konu ve alan özelinde ulusal ve uluslararası ölçekte hazırlanmış çalışmalar (rapor, tez, makale vb)
- Yerel halkın Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek için kullanılan anket formları
- Anketlere ilişkin veri girişi ve istatistiki analizlerin değerlendirilmesinde kullanılan SPSS25 ve Excel yazılımları

3.1. Yöntem

Çalışma alanına ilişkin yerel halkın yeşil alan kullanımlarının ve ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla anket çalışması yapılmıştır. Çalışma; amaç ve kapsamın belirlenmesi, konu ile ilgili verilerin toplanması, örneklem büyüklüğünün belirlenmesi, anket sorularının hazırlanması, anketin uygulanması ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi olmak üzere beş temel aşamada yürütülmüştür.

Amaç ve kapsamın belirlenmesi aşaması; çalışmanın giriş bölümünde ayrıntılı bir biçimde verilmiş olup, yeşil alanların sağlık üzerine olan olumlu etkilerine yönelik olarak Rize İli Fındıklı İlçesi özelinde, pandemi sürecinde yerel halkın yeşil alan kullanım ve tercihlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Konu ile ilgili verilerin toplanması aşamasında; yeşil alanların kişilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlık üzerine olan etkileri ile COVID-19 salgın sürecinde yeşil alan ve birey ilişkisi üzerine yapılan tezler ve makaleler

araştırılmıştır. Ayrıca konu ve kapsama ilişkin genel çerçeve ve kurgunun oluşumunda ise ulusal üst ölçek plan ve yaklaşımlar incelenmiştir.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi aşamasında; yerel halka uygulanacak anket sayısı belirlenmiştir. Bu çerçevede; sınırlı toplumlarda örnek büyüklüğünü veren formül yardımıyla N populasyon büyüklüğü ve diğer istatistikî verilerden yola çıkılarak aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır (Kalıpsız, 1981). Örneklem hacminin belirlenmesinde kullanılan formül; Uzun ve Müderisoğlu (2007), Kiper ve Öztürk (2011); Karaşah ve Var (2016), Şafaklı (2017), Aksu vd. (2017), Kiper vd. (2017); Hamamoğlu ve Akten (2019), Çetinkale Demirkan ve Sandal Erzurumlu (2020) ile Yiğit ve Atmaca (2021) gibi pek çok araştırmacının çalışmalarında da kullanılmıştır. Popülasyon büyüklüğü ilçenin 2020 yılı toplam nüfus verisine (16.850) göre ele alınmış olup, örneklem hacmi %95güven sınırlarında %5 hata payı ile 73 kişi olarak bulunmuştur. Sonuçların güvenilirliğini artırabilmek için 122 kişiye anket yapılmış ve 115 geçerli anket değerlendirilmeye alınmıştır.

$$n = \frac{Z^2 NPQ}{ND^2 + Z^2PQ} \quad (1.1)$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 16.850 \times 0,95 \times 0,05}{16850 \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,95 \times 0,05} \quad (1.2)$$

Anket sorularının hazırlanması sürecinde; farklı kaynaklardan yararlanılarak, salgın sürecinde bireylerin fiziksel aktivite durumları, yeşil alan kullanım sıklığı, sebepleri ve yeşil alanda geçirdikleri süre, dış mekan kullanım tercihleri ile ilgili bilgiler olmasına dikkat edilmiştir. Anket formları; çoktan seçmeli, 2 seçenekli ve Likert tipi (Kesinlikle katılıyorum, Kesinlikle katılmıyorum gibi) ifadelerin yer aldığı toplam 29 soru ve 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim, durumu, meslek durumu, gelir durumu ve kiminle yaşadığı gibi kullanıcı profilini tanımayan yönelik sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde, kişilerin salgın öncesinde dış mekan kullanım alışkanlıklarına ilişkin sorular sorulmuştur. Kişilere ilişkin, çalışma durumu, oturdukları konut tipi ve kat yüksekliği durumu, ilçede yaşama süreleri, evden çıkma sıklığı ve amaçları, serbest zaman etkinliklerine kiminle katıldıkları gibi sorularla yaşam alanları hakkında bilgi edinilmiştir. Yeşil alanlara ulaşım süresi, yeşil alan kullanım sıklığı, yeşil alanlarda geçirdikleri süre, yeşil alanları tercih nedenleri, yeşil alanlarda aradıkları özellikler, yürüyüş durumları, yürüme süreleri, yürüdükleri yerler, genel sağlık durumları ve doğa ile ilgili verilen yargıları değerlendirmelerine yönelik sorularla fiziksel aktivite durumları ve yeşil alanlara ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi sağlanmıştır. Üçüncü bölümde kişilerin salgın sonrası dış mekan kullanım durum ve yaklaşımlarının belirlenmesi için; pandemi sürecinde parkları ziyaret etme durumları, dış mekanları kullanamamanın etkileri, evde kalma zorunluluğunun yarattığı etkiler, salgın bitince dış mekan tercihlerinin nasıl olacağı, salgın öncesine göre ruhsal, fiziksel ve sosyal durumlarındaki değişimler, pandemi süreci çerçevesinde yakın çevrede bulunan parkların yeterliliğini içeren yargılar yer almıştır. Anket çalışmasına ilişkin form; Sarp vd. (2021), Dinçtürk vd. (2020), Onur (2020), Güngör ve Öner (2020), Yakınlar (2020), Aydoğdu Bıçak ve Erkan (2020), Nas (2019), Önen (2015)'in yapmış oldukları çalışmalardan yararlanılarak alan özelinde değişiklikler yapılarak hazırlanmıştır.

Anketin uygulanması aşamasında izlenen süreçte ise öncelikle, Fındıklı Belediyeden izin alınmış ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay belgesi alınmıştır. Sonrasında ilgili anketler çerçevesinde, Temmuz-Ağustos 2021 tarihinde pandemi koşulları göz önünde bulundurularak, e mail ortamında çevrimiçi olarak bireylerin görüşleri alınmıştır.

Anketlerin değerlendirilmesi aşamasında; anketlerden elde edilen veriler; frekans ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistikî analizlerin yanı sıra Ki-Kare testi ve Faktör analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Güngör ve Bulut, (2008)'un belirttiği gibi; Ki-Kare testi, genellikle iki değişken arasındaki ilişki durumunu incelemede kullanılmaktadır. Gözlenen frekans ile beklenen frekans arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı temeline dayanmaktadır. İki değişken arasında uygulanan Ki- Kare testinin sonucu 0.005'ten küçük olması istatistikî anlamda anlamlı olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda çalışmada, anketin ilk bölümde yer alan sorular ile 2. ve 3. bölümündeki yargılara ilişkin ifadeler Ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi ise, birbirleri ile ilişkili çok sayıda gözlemsel veri ile aralarında ilişki bulunmayan daha az sayıda değişken arasında bağlantı kurmak amacıyla yapılmaktadır (Özdamar, 2002). Bu amaçla faktör analizi, ankette kullanılan 13 maddelik beş

dereceli likert tipi ölçek şeklindeki sorulara yönelik olarak uygulanmış olup, bu analiz ile Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, Kaiser-Mayer-Olkin ve Bartlett testi yeterlilik durumu, faktör ortak varyansları, faktör yük değerleri ve döndürme sonrası faktör yük değerleri hesaplanmıştır. Çalışmaya ilişkin veri setinin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısına göre değerlendirilmiştir. Bartlett Küresellik Testi ve Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Uygunluk testi (Turanlı, Taşpınar Cengiz ve Bozkır, 2012) kullanılmıştır. Oran 0.5'ten ne kadar yüksekse veriler analiz yapmak için o kadar iyi olduğu söylenebilir (Kalaycı, 2009). Verilerin faktör analizine uygunluğunun saptanması sonrası faktör analizi uygulanarak, temel bileşenler analizinde varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen serpilme diyagramına göre özdeğeri 1'in üzerinde olan veriler değerlendirilmeye alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri frekans analizi ile belirlenmiş ve Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre; anket çalışmasına katılan kişilerin %57,4'sı kadın, %42,6'u erkek olup, katılımcıların büyük çoğunluğunu %35,6 oranıyla lisans ve %24,3 ile ortaöğretim mezunu oluşturmaktadır. Medeni durumları incelendiğinde; %56,5'ini evli, %43,5'ini ise bekar grubun oluşturduğu saptanmıştır. Medeni hal durumunda dengeli bir dağılım sağlamıştır. Meslek grupları açısından incelendiğinde; %26,1 ev hanımı, %24,3 öğrenci, %16,5 işçi grubu ortaya çıkmıştır. Gelir dağılımında ise; %33 oranında 2500-5000 arası ile %24,3 oranında 2500 TL ve altı grup çoğunluklu grubu oluşturmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların sosyo -demografik özelliklerine ilişkin dağılım

	Grup	n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	66	57,4
	Erkek	49	42,6
Eğitim Durumu	İlkokul	10	8,8
	Ortaokul	28	24,3
	Lise	25	21,7
	Lisans	41	35,6
	Lisansüstü	10	8,7
Meslek durumu	Öğrenci	28	24,3
	Memur	15	13,0
	İşçi	19	16,5
	Ev hanımı	30	26,1
	Emekli	10	8,7
	Serbest meslek	9	7,8
	Mimar-Mühendis	4	3,6
Medeni durum	Evli	65	56,5
	Bekâr	50	43,5
Gelir durumu	2500 ve altı	28	24,3
	2501-5000	38	33,0
	5001-7500	21	18,3
	7501 ve üstü	11	9,6
	Diğer	17	14,8

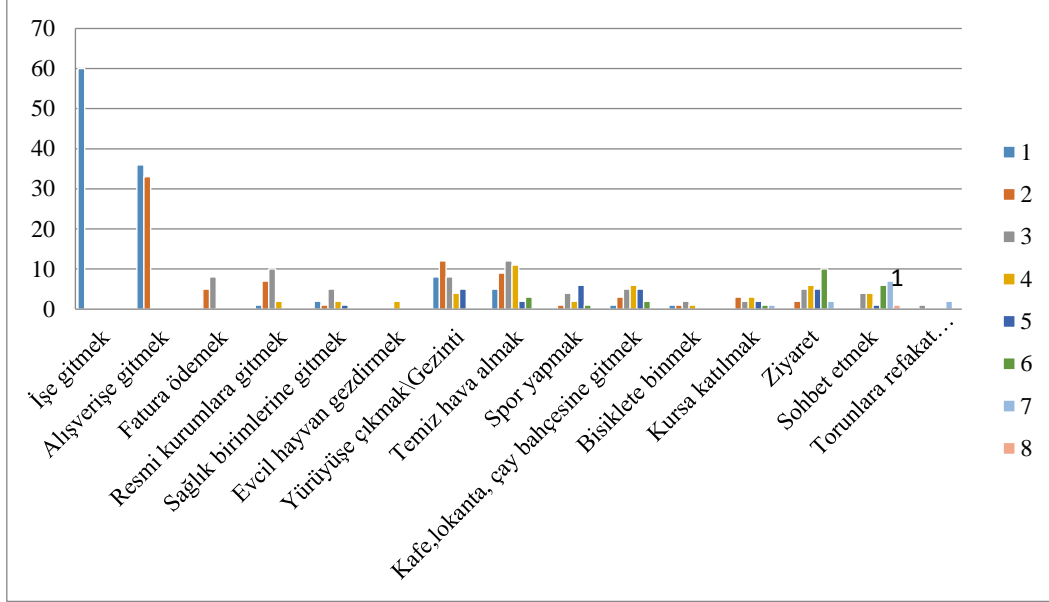
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Salgın Öncesi Dış Mekân Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesine İlişkin Bulgular

Ankete katılan bireylerin, salgın öncesi dış mekan kullanım alışkanlıklarını belirlemek amacıyla sorulan; çalışma durumu, yaşadıkları konut durumları, oturdukları kat, ilçede kaç senedir yaşadıkları, dışarı çıkma durumları, en çok hangi amaçla dışarı çıktıkları, yeşil alana ulaşım durumları, serbest zaman etkinliklerine kiminle katıldıklarına ilişkin değerlendirmeler Tablo 3. de sunulmuştur. Buna göre; katılımcıların %51,3'i çalışmakta olup, % 39,1'i

apartmanda, %32,2'si müstakil bahçeli, %25,2'si ise apartman/site bahçeli konutta oturduklarını beyan etmişlerdir. Bu durum katılımcıların farklı ölçülerde yeşil alanlara ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır. Ankete katılan kişilerin %60'ı gibi büyük bir oranı 15 seneden bir fazla zamandır ilçede yaşamakta olup, % 55,7'si de her gün dışarı çıktıklarını beyan etmişlerdir. Ankete katılan kişilerin dışarı çıkma amaçlarına yönelik tercih sıralamaları incelendiğinde ise; büyük bir çoğunluğun ilk tercihleri işe ve alışverişe gitmek olurken, gezinti amaçlı yürüyüş yapmak, temiz hava almak ve spor yapmak da öncelikli tercihler arasında yer almıştır. Burada, açık alan tercihlerinde iş ve alışveriş seçenekleri zorunlu faaliyetler olarak düşünüldüğünde, yürüyüş, spor gibi aktivitelerin de öncelikli faaliyetler içerisinde yer alması yeşil alanların fiziksel sağlığa olan etkilerini göstermektedir (Şekil 1).

Tablo 3. Katılımcıların salgın öncesi dış mekan kullanım alışkanlıklarının belirlenmesine ilişkin ifadelere yönelik dağılım

Yargılar	Grup	n	Yüzde (%)
Çalışma durumu	Evet	59	51,3
	Hayır	56	48,7
Yaşama alanı durumu	Site içi- Müstakil	4	3,5
	Müstakil- Bahçeli	37	32,2
	Apartman/Site- Bahçesiz	45	39,1
	Apartman/Site- Bahçeli	29	25,2
Kat yüksekliği dağılımı	1-2. kat	60	52,2
	3-5 kat	43	37,4
	6-10 kat	12	10,4
İlçede yaşama süresi	1-2 sene	6	5,2
	3-5 sene	15	13,0
	5-10 sene	9	7,9
	10-15 sene	16	13,9
	15 sene üzeri	69	60,0
Dışarı çıkma süresi	Her gün	64	55,7
	Haftada birkaç	34	29,6
	Haftada bir	13	11,3
	Ayda birkaç	4	3,5



Şekil 1. Katılımcıların dışarı çıkma nedenlerine ilişkin dağılım

Katılımcılar “Açık-yeşil alanlar önemlidir” sözüne katılıyor musunuz? sorusuna %77,4 oranında kesinlikle katılıyorum, %20,9 oranında ise katılıyorum olarak yanıt vermişlerdir. Bu durum katılımcıların açık-yeşil alanlarını önemseydiğini ve parkların ilçe içerisindeki önemini göstermektedir. Keza çalışma alanı içerisinde aktif açık yeşil alanlar sadece 3 mahallede yer almaktadır. Bu sebeple diğer mahallelerde de kişilerin kullanabileceği aktif açık yeşil alanların oluşturulması önem arz etmektedir.

Ankete katılan kişilerin, yeşil alanlara ilişkin olarak; ulaşım süreleri, kullanım sıklıkları, geçirdikleri süre, yeşil tercih etme sebepleri ile yeşil alanlarda aradıkları özellikler Tablo 4. de verilmiştir. Buna göre; yeşil alanlara erişim süresi %62,6 oranında 5-10 dakika, %25,2 oranında ise 15-20 dakika olarak saptanmıştır. Burada devlet ormanları, koruluklar, çeşitli amaçlarla düzenlenmiş kullanımlar çevresindeki yeşil alanlar, tarımsal yeşil alanlar vb. gibi pasif yeşil alanlar dikkate alındığı için erişim mesafesi iyi çıkmıştır. Ancak park, çocuk oyun alanı ve spor alanları parklar gibi aktif yeşil alanlar düşünüldüğünde erişim mesafesi yeterli değildir. Kişilerin yeşil alan kullanım sıklıkları dikkate alındığında, %46,9'luk bir oranda haftada 1-2 kere, %26,6 lık bir oranda ise her gün olduğu belirlenmiştir. Bu durum yeşil alanların sıklıkla tercih edildiğini ortaya koymaktadır. Yeşil alanlarda geçirilen süre incelendiğinde ise; katılımcıların %59,1'inin 1-2 saat zaman geçirmekle birlikte; yeşil alanları genellikle de dinlenmek ve temiz hava almak (%52,2) ile enerji depolamak, moral, motivasyon yükseltmek (%34,8) amacıyla tercih ettiği saptanmıştır. Bu durum yeşil alanların sadece ekolojik, ekonomik ve estetik yararlarının yanı sıra insanların ruh sağlığına da olumlu yönde etki ettiği fikrini desteklemektedir. Katılımcıların yeşil alanlarda aradıkları özellikler incelendiğinde ise; en fazla oran % 70,4 ile alanın temiz ve bakımlı olması tercih edilmiştir.

Katılımcıların serbest zaman etkinliklerine kiminle katıldıkları ve ilçedeki parkları ziyaret durumu incelendiğinde; %82,6 gibi büyük bir oranla parkların kullanıldığı ve genellikle de arkadaşlar (%50,4) ile eş ve çocuklarla birlikte (% 39,9) ziyaret edildiği saptanmıştır. Bu durum, park alanlarının kişilerin sosyal yaşamlarında önemli bir katkı sağladığını göstermektedir.

Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarını belirlemek amacıyla; genel sağlık durumları, yürüyüş durumları, yürüdükleri yer, yürüdükleri süreye ilişkin sorular sorulmuştur (Tablo 5). Buna göre; kişilerin %82,5'inin yürüyüş yaptığı ve %36,5'inin 31-45 dakika, %26,9'inin de 46-60 dakika süresinde yürüdükleri saptanmıştır. Yürünen yer olarak ise büyük oranda park- sahil alanlarını tercih edilmiştir. Bu durum, açık-yeşil alanların bireylerin fiziksel aktivite oranında artış sağladığı fikrini desteklemektedir. Fiziksel aktivitenin yüksek gözüktüğü bu çalışmada genel sağlık durumunun %57,4 oranında iyi, %25,2 oranında ise çok iyi olması fiziksel aktivitenin genel sağlık durumunu pozitif yönde etkilediğini desteklemektedir.

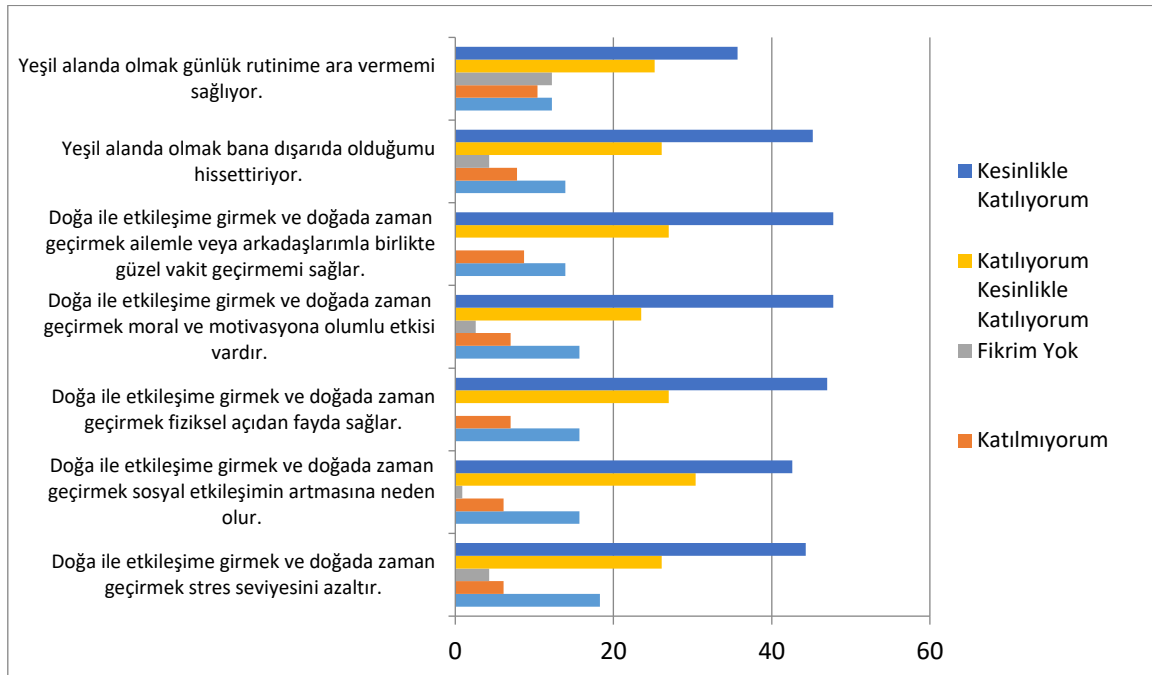
Tablo 4. Katılımcıların yeşil alan görüşlerine ilişkin yargılarına yönelik dağılım

	Grup	n	Yüzde (%)
Yeşil alana erişim süresi	5-10 dakika	72	62,6
	15-20 dakika	29	25,2
	25-30 dakika	11	9,6
	1 saat üzeri	3	2,6
Yeşil alanları kullanım sıklığı	Ayda 1-2 kere	31	26,9
	Haftada 1-2 kere	54	46,9
	Her gün	30	26,2
Yeşil alanlarda geçirilen süre	1 saatten az	25	21,7
	1-2 saat	68	59,1
	2-4 saat	15	13,0
	4 saatten fazla	7	6,2
Yeşil alanları tercih etme sebebi	Dinlenmek- temiz hava almak	60	52,2
	Piknik yapmak	7	6,1
	Geçiş amaçlı	2	1,8
	Spor amaçlı	6	5,2
	Enerji depolamak -moral motivasyon yükseltmek	40	34,7
Yeşil alanlarda aranılan özellikler	Alanın temiz ve bakımlı olması	81	70,4
	Su yüzeyi varlığı	8	6,9
	Bitkisel tasarım açısından güzel görüntü oluşturması	14	12,2
	Lokanta-kafeterya, kır bahçesi vb.	10	8,7
	Diğer	2	1,7

Tablo 5. Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarının belirlenmesine ilişkin yargılar

Yargılar	Grup	n	Yüzde (%)
Yürüme süresi	15 dakikadan az	11	9,6
	16-30 dakika	31	27,0
	31-45 dakika	42	36,5
	46-60 dakika	31	26,9
Yeşil alanları kullanım sıklığı	Sokak-cadde	20	17,4
	Park- Sahil	84	73,0
	İşten eve yürüme	11	9,6

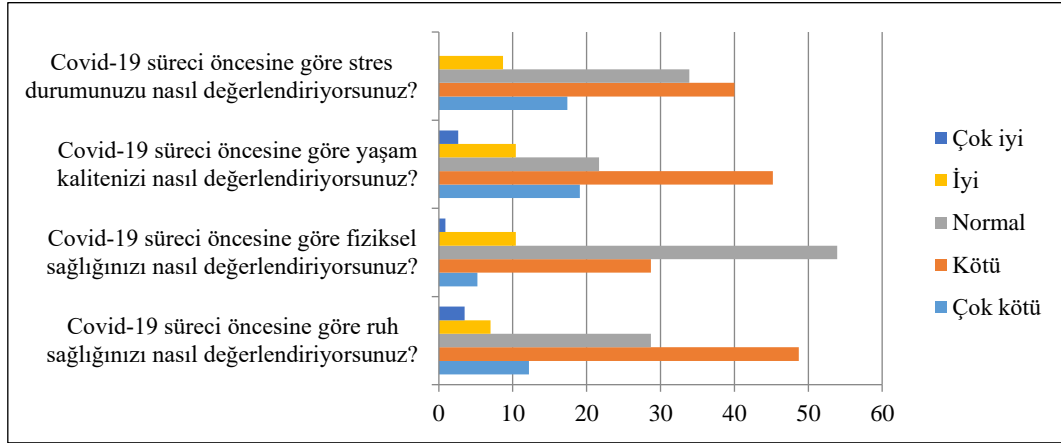
Doğa ile etkileşime girmenin ve doğada zaman geçirmenin önemine yönelik yargılar değerlendirildiğinde; doğa ile etkileşime girmenin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan kişileri olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (Şekil 2) Bu durum; konum, yoğunluk, dağılım ve erişilebilirliğe bağlı olarak yeşil alanların, kişilerin sağlık durumlarında pozitif bir etki yarattığını desteklemektedir.

**Şekil 2.** Doğa ile etkileşime girmenin ve doğada zaman geçirmenin önemine yönelik yargılara ilişkin dağılım

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Salgın Sonrası Dış Mekan Kullanımına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesine İlişkin Bulgular

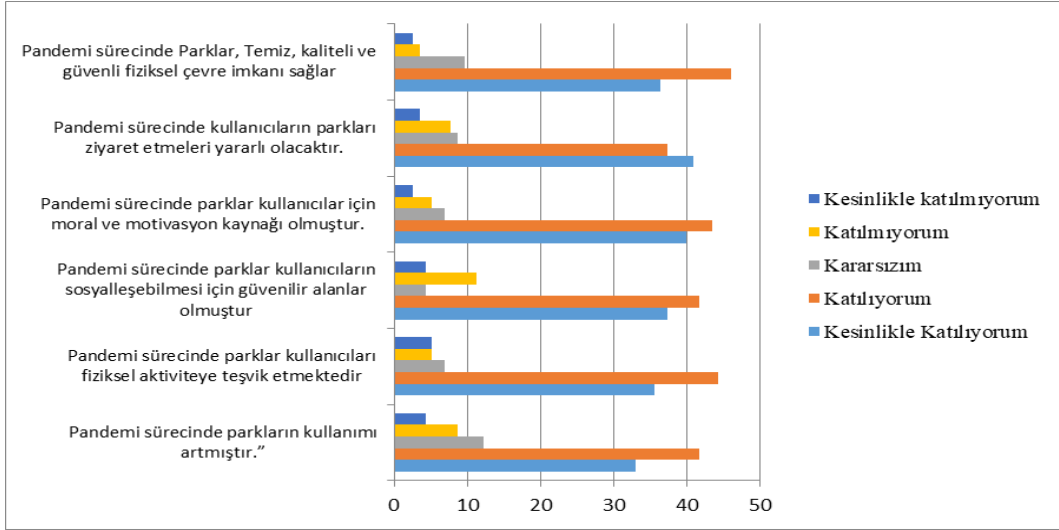
Katılımcıların salgın sonrası dış mekan kullanımına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesine yönelik çeşitli değerlendirmeler yapılmıştır. Buna göre katılımcıların %64,2'si pandemi döneminde parkları ziyaret etmemiş olmamakla birlikte; "Dış mekanları kullanamamak sizi ne kadar etkiliyor" sorusuna %40,9 oranında çok etkiliyor, %36,5 oranında ise etkiliyor yanıtını vermişlerdir. Evde kalma zorunluluğunun %29,6 oranında çok kötü, %51,3 oranında ise kötü etkilediği belirtilmiştir. Bu durum Covid 19 sürecinin kişilerin dış mekan kullanımlarında değişiklikler yarattığı ve bundan kişilerin olumsuz etkilendikleri sonucunu ortaya çıkmaktadır. Salgın sonrası dış mekan tercih durumları incelendiğinde evde kalmaktan bunalan katılımcıların %39,1'i park ve bahçeleri, %16,5'i su kıyılarını, %13'i ise piknik ve mesire alanlarını seçmeleri yeşil alanların bireyler için ne kadar önemli olduğu ve bireylerin ruhsal durumunda olumlu etki yarattığı fikrini desteklemektedir. Katılımcıların pandemi süreci sona erdiğinde dış mekanların önem kazanacağına ilişkin görüşleri incelendiğinde ise; %54,7'si ve % 34,8'i kesinlikle kazanır ve kazanır cevabını vermiştir. Bu durum salgınla birlikte yaşanan fiziksel, ruhsal ve sosyal zorlukların üstesinden gelmede açık yeşil alanların önem arz ettiği fikrini desteklemektedir.

Katılımcıların pandemi öncesine göre stres durumu, yaşam kaliteleri, fiziksel sağlıkları ve ruh sağlıklarına ilişkin genel değerlendirmeler ise Şekil 3. de verilmiştir. Katılımcıların kronik rahatsızlık durumu değerlendirildiğinde ise; % 78, 3'ünün herhangi bir kronik rahatsızlığının olmadığı saptanmıştır. Salgın öncesine göre kişilerin stres durumu, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi değerlendirildiğinde kötü, fiziksel sağlık durumu değerlendirildiğinde ise normal yanıtı çıkmıştır. Bu durum evde kalan bireylerin ruhsal yönden daha çok etkilendiğini ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz açıdan etkilediğini göstermektedir. Fiziksel sağlığın normal çıkmasının sebebi olarak katılımcıların %78,3'ünde kronik rahatsızlık olmamasının ve genel sağlık durumunun iyi olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir.



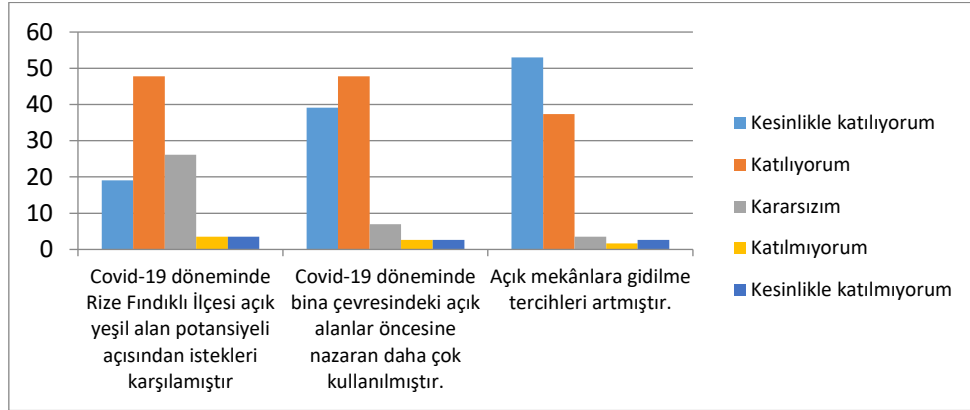
Şekil 3. Katılımcıların salgın öncesine göre durum değerlendirmeleri

Pandemi sürecinde parkların bireyler üzerindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yararlarına ilişkin yargılara ilişkin dağılım ise Şekil 4. de verilmiştir. Buna göre; katılımcılar parkların temiz ve güvenli fiziksel çevre sağladığına, salgın sürecinde parkları ziyaret etmenin yararlı olacağına, parkların moral ve motivasyonu arttıracığına, sosyalleşebilmek için güvenli alanlar olduğuna, fiziksel aktiviteyi desteklediğine ve salgın süresince park kullanımının arttığına katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum yeşil alanların yaşadığımız salgın dönemi gibi olağanüstü koşullar karşısında insanlar için önemli alanlar haline geldiği fikrini desteklemektedir.



Şekil 4. Pandemi sürecinde parkların bireyler üzerindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yararlarına ilişkin yargılara ilişkin dağılım

İlçedeki park alanlarının pandemi süreci çerçevesinde kişilerin kullanım durumlarına olan etkisi incelendiğinde; açık alanlara gidilme sıklığının arttığı, açık yeşil alanların kişilerin isteklerini karşıladığı, konut bahçelerinin daha çok kullanıldığı saptanmıştır (Şekil 5). Bu durum, kişilerin pandemi sürecinde açık yeşil alan kullanımlarının değiştiğini ortaya koymaktadır.



Şekil 5. Park alanlarının pandemi süreci çerçevesinde kişilerin kullanım durumlarına olan etkisi

4.4. Ki-Kare Testi

Çalışmada; frekans ve yüzde dağılımlarının verildiği tanımlayıcı istatistiki değerlendirmelerin yanı sıra iki değişkenin birbirinden bağımsız olup olmadığının ya da aralarında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi için Ki Kare testi yapılmıştır. Ki-kare testleri bireylerin; sosyo-demografik yapı ve dış mekân kullanım alışkanlıkları ile Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanım durumları kapsamındaki soruların birbirleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla yapılmış olup, analiz sonuçlarına göre 0,05 anlamlılık düzeyi sadece 3 hipotezde doğrulanmıştır (Tablo 6) .

Tablo 6. Ki-kare testleri ve sonuçları

	Ki-kare	p	Sonuç
Bireylerin eğitim düzeyleri ile pandemi sürecinde açık alanların kullanım sıklığı arasında ilişki	17,534	0,001	p<0,05 şartını karşıladığından eğitim düzeyi ile pandemi sürecinde açık alanların kullanım düzeyi arasında istatistikî açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre, üniversite (%41) ve lise mezunu (%28) olan kişilerin açık alanları daha sık (haftada 1-2 kez) kullandığı saptanmıştır. Bu durum, salgın öncesine göre açık alanların kullanım sıklığının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunun göstergesi olup, yeşil alanların birey bazındaki önemini vurgulamaktadır.
Medeni durum ile doğada zaman geçirmenin stres seviyesini azalttığı düşüncesinin desteklenmesi arasında ilişki	19,335	0,002	p<0,05 şartını karşıladığından medeni durum ile doğada zaman geçirmenin stres seviyesini azalttığına ilişkin görüşün desteklenmesi arasında istatistikî açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; evli kişiler (%56) bekar kişilere (%54) nazaran doğa ile etkileşim ve zaman geçirmenin stresi azalttığı fikrine daha fazla katılmışlardır. Bu durum, medeni duruma göre değişiklik gösterse de doğal alanların stres seviyesini azalttığını vurgulamaktadır.
Konut tipleri ile Pandemi sürecinde parkların temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre sağlama arasındaki ilişki	39,626	0,001	p<0,05 şartını karşıladığından konut tipleri ile Pandemi sürecinde parklar temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre imkanı sağlama arasındaki ilişki anlamlıdır. Buna göre; apartmanda oturan kişilerin “Pandemi sürecinde parklar temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre imkanı sağlar” fikrine katılma oranları (% 53)daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, farklı konut tipleri ile parklara olan bakış açıları arasında bir ilişki olduğunu ve apartmanda oturan kişilerin parklara daha çok ihtiyacı olduğu sonucunu ortaya çıkartmaktadır.

4.5. Güvenilirlik Analizi ve Faktör Analizi

Çalışma kapsamında; ankette kullanılan 13 maddelik beş dereceli likert tipi ölçek şeklindeki sorulara yönelik olarak güvenilirlik ve faktör analizi uygulanmış olup, aşağıda detayları verilen yargılar çerçevesinde faktörleşme olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizinin öncesinde güvenilirlik analizi yapılarak, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Kullanılan güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alpha değeri 0,885 (Tablo 7) bulunmuştur. Cronbach’s Alpha değerinin 0,8-1 arasında olması kullanılan verilerin yüksek düzeyde tutarlı (güvenilir) olduğu anlamına gelmektedir (Özdamar, 2002). Buna göre; Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanım ölçeğinin geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 7. Güvenilirlik istatistikleri

Cronbach's Alpha	N
,885	13

Güvenilirlik analizi sonrasında verilerin tutarlı olduğu saptanmış olup, devamında faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan faktör analizinde; öncelikle örneklem yeterliliğinin ve verilerin faktör analizine uygunluğunu kontrol etmek için Kaiser-Mayer-Olkin ölçütü incelenmiş ve faktör analizinin çok yüksek bir oranda uygulanabilir olduğuna karar verilmiştir (KMO=0,902). Bu da örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunun göstergesidir (Tablo 8).

Tablo 8. Kaiser-Mayer-Olkin ve Bartlett testi yeterlilik durumu

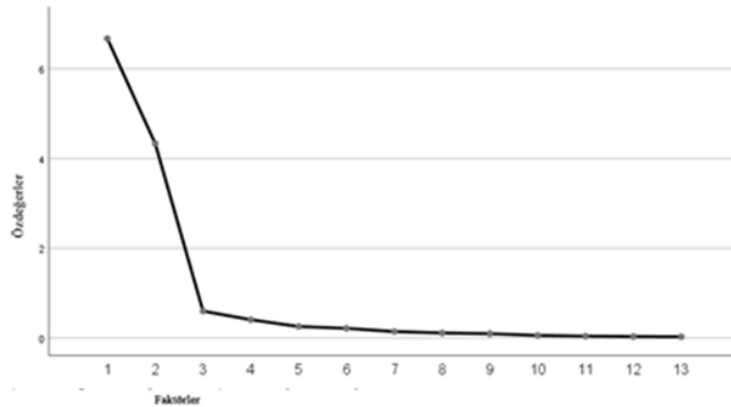
KMO ve Bartlett's Küresellik Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliğinin Ölçütü		,902
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	2224,740
	df	78
	Anlamlılık	,000

Tablo 8’de görüldüğü üzere Bartlett testinin anlamlılık düzeyi 0.000 çıkmıştır. Bu durum %5’lik hata oranında küçük olduğu için sonuç anlamlı bulunmuştur. Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmuş olması verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Faktörlerin anlamlı olup olmadığı, korelasyon matrisinin özdeğerlerinin 1’den büyük olmasına göre incelenerek saptanmıştır (Tablo 9). Buna göre; faktörlerin varyans açıklama yüzdeleri açıklanan toplam varyans ,dönüşümden önceki ve sonraki özdeğerlerini vermektedir. Tablo 9’da 13 değişken arasında 3 faktör ile toplam varyansın % 89,309’u açıklanmış olup, faktörlerin öz değerleri 6,493 ile 1,254 arasında yer almıştır. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğere göre ve scree test grafiği kullanılmıştır. Şekil 6.’da görüldüğü üzere serpilme diyagramında 1’den büyük özdeğere sahip 3 faktör seçilmiştir.

Tablo 9. Açıklanan toplam varyans

Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Dönüşüm sonrasında yükleme karelerinin toplamı		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif	Toplam	Varyans %	Birikimli Varyans %
1	6,674	51,336	51,336	6,493	49,947	49,947
2	4,336	33,354	84,690	3,864	29,719	79,666
3	,600	4,619	89,309	1,254	9,643	89,309
4	,407	3,131	92,440			
5	,256	1,969	94,409			
6	,215	1,657	96,066			
7	,144	1,104	97,170			
8	,112	,863	98,033			
9	,096	,735	98,767			
10	,058	,446	99,213			
11	,042	,320	99,533			
12	,032	,249	99,782			
13	,028	,218	100,000			



Şekil 6. Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanım ölçeğine ait özdeğer grafiği

Tablo 10. da da faktör analizi için en çok kullanılan yöntem olan temel bileşen analizi (Aksu, Eser ve Güzeller, 2017) verilmiştir.

Tablo 10. Temel bileşen analizi

Topluluklar	Başlangıç	Dönüşüm
Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek fiziksel açıdan fayda sağlar.	1,000	,926
Yeşil alanda olmak bana dışarıda olduğumu hissettiriyor.	1,000	,923
Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek ailemle veya arkadaşlarımla birlikte güzel vakit geçirmemi sağlar	1,000	,965
Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek moral ve motivasyona olumlu etkisi vardır.	1,000	,946
Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek stres seviyesini azaltır	1,000	,956
Pandemi sürecinde parklar kullanıcılar için moral ve motivasyon kaynağı olmuştur	1,000	,966
Yeşil alanda olmak rutinime ara vermeme sağlıyor	1,000	,821
Pandemi sürecinde parklar, temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre imkânı sağlar.	1,000	,945
Pandemi sürecinde kullanıcıların parkları ziyaret etmeleri yararlı olacaktır	1,000	,881
Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek sosyal etkileşimin artmasına neden olur	1,000	,681
Pandemi sürecinde parklar kullanıcıların sosyalleşebilmesi için güvenilir alanlar olmuştur.	1,000	,820
Pandemi sürecinde kullanıcıların parkları kullanma sıklıkları artmıştır.	1,000	,890
Pandemi sürecinde parklar kullanıcıları fiziksel aktiviteye teşvik etmektedir	1,000	,889

Faktörlerin yorumlanabilmesi için faktör rotasyonu yapılmıştır. Faktör rotasyonu yapılırken Varimax yöntemi tercih edilmiştir (Albayrak, 2006; Kiper 2014). Bunun sonucunda 13 bileşen ve 3 faktörden oluşan dönüşümlü faktör yükleri matrisi oluşturulmuştur (Tablo 11) .

Tablo 11. Dönüşümlü bileşen matrisi

Faktörler	Maddeler	Faktör Yükleri		
		Fakt. 1	Fakt. 2	Fakt. 3
Yeşil Alan Kullanımının Ruhsal Sağlığa Etkisi	Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek fiziksel açıdan fayda sağlar.	,981		
	Yeşil alanda olmak bana dışarıda olduğumu hissettiriyor.	,978		
	Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek ailemle veya arkadaşlarımla birlikte güzel vakit geçirmemi sağlar	,973		
	Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek moral ve motivasyona olumlu etkisi vardır.	,967		
	Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek stres seviyesini azaltır	,960		
	Pandemi sürecinde parklar kullanıcılar için moral ve motivasyon kaynağı olmuştur	,959		
	Yeşil alanda olmak rutinime ara vermeme sağlıyor	,895		
Yeşil Alan Kull. Sosyal Sağlığa Etkisi	Pandemi sürecinde parklar, temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre imkânı sağlar.		,937	
	Pandemi sürecinde kullanıcıların parkları ziyaret etmeleri yararlı olacaktır.		,925	
	Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek sosyal etkileşimin artmasına neden olur		,891	
	Pandemi sürecinde parklar kullanıcıların sosyalleşebilmesi için güvenilir alanlar olmuştur.		,768	
Yeşil Alan Kull. Fiziksel Sağlığa Etkisi	Pandemi sürecinde kullanıcıların parkları kullanma sıklıkları artmıştır.			,807
	Pandemi sürecinde parklar kullanıcıları fiziksel aktiviteye teşvik etmektedir.			,673

Tablo 11’de görüldüğü gibi birinci faktördeki maddelerin faktör yük değerleri 0.981 ile 0,895 arasında, ikinci faktördeki maddelerin faktör yük değerleri 0.937 ile 0,768 arasında, üçüncü faktördeki maddelerin faktör yük değerleri 0,807 ile 0. 673 arasında değişmektedir. Uyumaz vd., (2016)’nın da belirttikleri gibi; 0.60 ve üzeri faktör yük değerleri yüksek olarak değerlendirilmektedir. Buna göre, çalışmadan elde edilen faktör yük değerleri yüksek çıkmıştır. Covid 19 sürecinde yeşil alan kullanım ölçeğinde birinci faktör “**Yeşil Alan Kullanımının Ruhsal Sağlığa Etkisi**” şeklinde isimlendirilmiş olup, öz değeri 6,493 ve değişkene ait varyansın 49,947’sini açıklamaktadır. İkinci faktör ise “**Yeşil Alan Kullanımının Sosyal Sağlığa Etkisi**” olarak isimlendirilmiştir. İkinci faktöre ait öz değer ise 3,864 olup ve değişkenin % 29,719’unu açıklamaktadır. Ölçeğe ait üçüncü faktör de “**Yeşil Alan Kullanımının Fiziksel Sağlığa Etkisi**” şeklinde tanımlanmıştır. Bu faktöre ait özdeğer ise 1,254 olurken değişkene ait açıkladığı varyans % 9,643 düzeyinde olmuştur.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

COVID-19 salgını sağlık alanının yanı sıra birçok sektörü ve yaşam alanını etkilemiştir. Salgın sürecini kontrol altına almak amacıyla bireylerin evde kalmaları, sosyal aktiviteleri azaltmaları gibi bir dizi önlem alınmıştır. Bu önlemler sonucunda günlük rutinlerde oluşan değişiklikler fiziksel, sosyal ve ruhsal durumlarını olumsuz etkilemiştir. Bu süreçte, bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik baskılardan uzaklaşmak için yeşil alanlara yöneldiği bir çok çalışmada vurgulanmıştır (Berg, 2020; Samuelsson vd., 2020; Çam, 2020; Seçkin, 2020; Aydoğdu Bıçak ve Erkan, 2020). Bu kapsamda, halk sağlığı ile yeşil alan arasındaki doğru orantılı ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma olmuştur. Hartig vd., (2014), Akpınar ve Cankurt (2015), Ayan, Durak ve Tazebay (2018), Gültekin vd. (2018)’in çalışmalarında; kentsel açık yeşil alanların kişileri psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur. Gül ve Küçük (2001), Karataş ve Kılıç (2017), Berg (2020), Çam (2020)’nin çalışmalarında ise; yeşil alanların kent içerisindeki dengeli dağılımının ekolojik ve sürdürülebilirlik açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu durum halk sağlığı göz önüne alındığında kentsel yeşil alanların daha çok önem kazandığını göstermektedir.

Bu kapsamda çalışmada; “Kentsel yeşil alanlar kişilerin sağlıklı olmalarında önemli bir etkiye sahiptir ve Covid-19 süreci ile kişilerin yeşil alanlara olan talep ve eğilimleri değişiklik göstermiştir” hipotezi ile; Rize İli Fındıklı İlçesi özelinde, pandemi sürecinde yerel halkın yeşil alan kullanımı ve tercihlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda maddelenmiştir.

- Bu çalışmada; yeşil alanların bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarında önemli bir etkisi olduğu örnek çalışmalarla vurgulanmıştır. Öyle ki; Russette vd. (2021)’nin çalışmasında da, COVID-19 virüsüne yakalanan bireylerin yeşil alan kullanımları ile ölüm oranları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmasında; yeşil alan kullanımı ile COVID-19 sebepli düşük ölüm riskinin arasında bağlantı saptanmıştır.
- Rize ili Fındıklı İlçesi’nde yaşayan 115 kişiye uygulanan anket çalışması ile kişilerin yeşil alan kullanım ve tercihlerine ilişkin görüş ve eğilimleri ortaya konmuştur. Buna göre; Covid-19 salgın döneminde evde kalma zorunluluğunun getirdiği yalnızlık, salgın öncesi dönemdeki günlük rutinlerden kopmalar, sosyal yaşantılardaki değişimler bireyleri olumsuz etkilemiştir. Bununla birlikte anket sonuçları çerçevesinde, yeşil alanların kişilerin sağlıklı olmalarında önemli bir etkiye sahip olup Covid-19 süreci ile kişilerin yeşil alanlara olan talep ve eğilimlerinin değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Öyle ki, salgın bittikten sonra dış mekan tercihlerini yeşil alanlardan yana kullanmaları, yeşil alanların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bireyleri olumlu etkilediğini göstermektedir.
- Alan özelinde katılımcılar “Açık yeşil alanlar insanlar için önemlidir” sözüne önemli ölçüde katılmakta (%77,4 kesinlikle katılıyorum, %20,9 ise katılıyorum cevabı verilmiş) olup, bununla birlikte doğa ile etkileşim içinde olmanın stres seviyesini azalttığı, sosyal etkileşimi arttırdığı, fiziksel yönden fayda sağladığı ve moral motivasyonu arttırdığı fikrine katıldıklarını belirtmişlerdir. Halilnezhad, Ugolini ve Massetti (2021)’nin İran’da yaptığı 400 kişilik anket sonucunda da hem kamusal hem de özel yeşil alanların pozitif duyguları arttırdığını ve bireylerde psikolojik bir dinlenme fırsatı sağladığını belirtmişlerdir. Ugolini vd. (2020) çalışmalarında 6 ülkede gerçekleştirdikleri anket ile salgın sonrası kentsel yeşil alanlara karşı davranış ve tutumları incelemiş, çalışma sonucunda ise şehir içinde veya dışında uzun mesafeler bile olsa yeşil alanları kullanmak istedikleri ortaya çıkmıştır. Bu durum yeşil alanların bireyler açısından önemini göstermekte olup, bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir.
- Salgın döneminde parkları %72 oranında ziyaret edemeyen katılımcılar; % 48,7 oranında salgın öncesine göre ruh hallerinin kötü, %12,2 oranında ise çok kötü olduğunu belirtmişlerdir. Medeni durum ile “Doğa ile

etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek stres seviyesini azaltır” düşüncesi arasındaki ilişki incelendiğinde ise; evli kişilerin bekar kişilere nazaran “Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek stres seviyesini azaltır.” düşüncesine daha fazla oranda katıldığı ortaya çıkmıştır. Bireylerin salgın döneminde alınan tedbirler kapsamında sosyal olarak soyutlanmaları ve bunun yanı sıra yeşil alanları kullanamamasının ruh sağlığı açısından olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Öyle ki Reid (2022)’nin çalışmasında da; COVID-19 pandemisi sırasında yeşil alanda çok fazla zaman geçirmenin (kullanım) daha düşük kaygı ve depresyon ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır.

- Katılımcılar, yeşil alanları fiziksel aktiviteye teşvik eden mekanlar olarak belirtmişlerdir. Slater, Christiana ve Gustat (2020)’in çalışmasında; doğal veya yeşil alanların fiziksel aktiviteleri destekleyerek, olumlu fiziksel ve zihinsel yararlar sağladığı belirtilmiştir.
- Katılımcıların stres durumunun, ruh sağlığının ve yaşam kalitesinin salgın öncesine göre değerlendirildiği bölümde, ruhsal duruma ilişkin kötü, fiziksel sağlık durumuna ilişkin ise normal yanıtları alınmıştır. Bu durum evde kalan bireylerin ruhsal yönden daha çok etkilendiğini ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz açıdan etkilediğini göstermektedir. Fiziksel sağlığın normal çıkmasının sebebi olarak katılımcıların %78,3’ünde kronik rahatsızlık olmamasının ve genel sağlık durumunun iyi olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Seçkin (2020) çalışmasında, salgının yayılması ile evde kalmanın bireylerde ruhsal ve fiziksel olumsuzluklar yarattığı, özellikle engelli, yaşlı ve çocukların yeşil alanlara daha çok ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bu durumun yeşil alanların halk sağlığı üzerinde etkisini ön plana çıkardığı bu sebeple de kent sürdürülebilirliği ve ekosistemin korunması için önemli hale geldiği belirtilmiştir. Güngör ve Bütüner (2018)’in, çalışmasında da yeşil alana erişimin kişilerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarında önemli etkisi olduğu vurgulanmıştır. Addas ve Maghrabi (2022)’ çalışmasında ise yeşil alanda çok fazla zaman geçirmenin daha düşük kaygı ve depresyon ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır. Berdejo-Espinola vd. (2021)’in de Avustralya’nın Brisbane kentinde 1.002 kişi ile ankete dayalı olarak hazırladığı çalışması da bu durumu destekler niteliktedir.
- Pandemi sürecinde parkların kişiler üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla sorulan sorularda; katılımcılar parkların temiz ve güvenli fiziksel çevre sağladığına, salgın sürecinde parkları ziyaret etmenin yararlı olacağına, parkların moral ve motivasyonu arttıracığına, sosyalleşebilmek için güvenli alanlar olduğuna, fiziksel aktiviteyi desteklediğine ve salgın süresince park kullanımının arttığına katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç, Gültekin vd. (2018)’nin çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda; Addas ve Maghrabi (2022)’nin çalışmasında; COVID-19 pandemisinin, salgın olmayan dönemlere kıyasla kentsel parkların kullanımı, tutumları ve algıları üzerinde önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu durum yeşil alanların yaşadığımız salgın dönemi gibi olağanüstü koşullar karşısında insanlar için önemli alanlar haline geldiği fikrini desteklemektedir.
- Ankete uygulanan Ki-Kare testi analizine göre, katılımcıların eğitim düzeyi ile “COVID-19 döneminde bina çevresindeki açık alanlar öncesine nazaran daha çok kullanılmıştır.” düşüncesi arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Böylelikle, eğitim düzeyi ile pandemi sürecinde açık alanların kullanım düzeyi arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmış olup, üniversite ve lise mezunu olan kişilerin açık alanların daha çok kullanıldığına dair yargıları en yüksek oranda çıkmıştır. Bu durum, salgın öncesine göre açık alanların kullanımının artmasının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunun göstergesi olup, yeşil alanların birey bazındaki önemini vurgulamaktadır. Bu durum Schio vd. (2020)’nin çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Schio vd. (2020)’nin yapmış oldukları çalışmada; pandemi sürecinde yüksek eğitilmiş kişilerin yeşil alanları daha fazla oranda kullandığı, ancak bu artışın yaşın etkisi veya özel yeşile erişim gibi sosyo-demografik profiller arasında farklılık gösterdiği belirtilmiştir.
- Benzer şekilde medeni durum ile doğada zaman geçirmenin fiziksel açıdan fayda sağladığına ilişkin görüşün desteklenmesi arasında yapılan ki kare testi sonucuna göre de, iki değişken arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; evli kişilerin bekar kişilere nazaran “Doğa ile etkileşime girmek ve doğada zaman geçirmek fiziksel açıdan fayda sağlar” düşüncesine daha fazla oranda katıldığı ortaya çıkmıştır. Bu durum medeni durum ile doğa ile etkileşim ve zaman geçirmenin fiziksel açıdan katkı sağlaması arasında ilişki olduğunun göstergesi olup, doğal alanların stres seviyesini azalttığını vurgulamaktadır.
- Konut tipleri ile “Pandemi sürecinde parklar temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre imkanı sağlar” düşüncesi arasında yapılan Ki kare testi sonucuna göre de, iki değişken arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; apartmanda oturan kişilerin “Pandemi sürecinde parklar temiz, kaliteli ve güvenli fiziksel çevre imkanı sağlar.” fikrine katılma oranları daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, farklı konut tipleri ile parklara olan bakış açıları arasında bir ilişki olduğunu ve apartmanda oturan kişilerin parklara daha çok ihtiyacı olduğu sonucunu ortaya çıkartmaktadır. Bu durum aynı zamanda, pandemi sürecinde, farklı konut tiplerine

göre; bireylerin yeşil alanları kaliteli, güvenilir ve temiz alanlar olarak gördüğünü ortaya koymaktadır. Milošević vd. (2022)'nin Sırbistan'da yaptıkları çalışma kapsamında da; kent parklarının pandemi sürecinde kişilerin virüse yakalanmamak için en güven duydukları alanların kent parkları olduğunu vurgulanmıştır.

- Likert tipinde sorulan sorulara ilişkin verilere yönelik olarak tespit edilen Cronbach Alpha değeri yüksek ve istenilen değerlerin üstünde çıkmıştır. Likert tipi soru grubunun KMO testi ile, faktör analizine uygun olduğu ve Bartlett testi ile değişkenler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Faktör Analizi yapıldıktan sonra toplam varyansın %89,309'unu açıklayan ve "Yeşil Alan Kullanımının Ruhsal Sağlığa Etkisi", "Yeşil Alan Kullanımının Sosyal Sağlığa Etkisi" "Yeşil Alan Kullanımının Fiziksel Sağlığa Etkisi" olarak yeniden adlandırılan 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

Sonuç olarak, Noszczyk vd. (2022)'nin de bahsettiği gibi; COVID-19 pandemisi küresel bir sorun olup, yeşil alanlar da halk sağlığı açısından önemli bir araçtır. Özellikle de Pandemi süreci ile birlikte doğal ve yeşil alanlara olan ihtiyaç artış göstermiştir. Bu anlamda, günümüzde yaşanan COVID-19 salgın dönemi ile birlikte ilerleyen süreçte yaşanabilecek afetler/salgınlar gibi olağanüstü durumlarda; bireylerin ve toplumların sağlığı ve kentsel yaşam kalitesini korumak veya arttırmak için planlama/tasarım aşamalarında yeşil alan halk sağlığı ilişkisi de göz önüne alınmalıdır. Böylelikle de; kent planlama ve tasarımında üst ölçekten alt ölçeye kadar, yeşil alanlara olan ihtiyaç, talep ve eğilimler temel bir gereklik olarak düşünülmeli ve bu yaklaşım çerçevesinde ele alınmalıdır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar makalede eşit katkı oranına sahiptir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yoktur.

Çatışma Beyanı: Çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- Addas, A., Maghrabi, A., (2022). How did the COVID-19 pandemic impact urban green spaces? A multi-scale assessment of Jeddah megacity (Saudi Arabia). *Urban Forestry & Urban Greening*, 69, 127493.
- Akpınar, A. ve Cankurt M. (2015). Türkiye'de kişi başına düşen yeşil alan miktarı ile ölüm oranı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 12(2), 101-107.
- Aksu, Ö.V., Kılıç, C., Düzgüneş, E., Araz, N. & Öztürk, K. (2017). Altındere Vadisi Milli Parkı kullanıcılarının rekreasyonel memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ormanlık Araştır. Derg.*, 4(1), 30-45.
- Aksu, G., Eser, T.H. ve Güzeller, C.O., (2017). Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi İle Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları (1. Baskı). Detay Yayıncılık, Ankara.
- Akyol, G., Başkan, A. H., & Başkan, A. H. (2020). Yeni tip koronavirüs (Covid-19) sedanter bireylere önerileri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 190-203.
- Albayrak, A.S.(2006). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Asil Yayınları, Ankara.
- Anonim, (2013). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). TC. Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Anonim, (2018.). Onbirinci Kalkınma Planı (2019-2023) Çevre ve Doğal Kaynakların Sürdürülebilir Yönetimi Özel İhtisas Komisyon Raporu. Kalkınma Bakanlığı, 137s.
- Anonim, (2019). Onbirinci Kırsal Kalkınma Planı (2019-2023). Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. s.189.
- Anonim, (2021). *Sample Size Formula*. Erişim adresi: <https://www.cuemath.com/sample-size-formula/>.
- Anonim, (2022). *COVID-19 Bilgilendirme Platformu*. Sağlık Bakanlığı, Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir->.
- Ayan, B., Durak, M. ve Tazebay, İ. (2018). Yeşil alanların planlanması ve tasarımı ile fiziksel ve zihinsel sağlık arasındaki ilişki. II. Uluslararası Sanat ve Estetik Sempozyumu, Elazığ, 17-38.
- Aydoğdu Bıçak, S. ve Erkan, Ç.N. (2020). Yeşil alan ve fiziksel aktivitenin insan mutluluğu üzerindeki etkisinin saptanmasında bir yöntem. *Van Yüzüncüyıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 48, 345-362.

- Benek, S. ve Şahap, A. (2017). Şanlıurfa şehrinde coğrafi bilgi sistemleri (CBS) ve uzaktan algılama (UA) kullanılarak yeşil alanların yeterliliğinin belirlenmesi. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 36, 304-314.
- Berdejo-Espinola, V., Suárez-Castro, A.F., Amano, T., Oh, R.R.Y., Fuller, R.A. (2021). People and Nature Urban green space use during a time of stress: A case study during the COVID-19 pandemic in Brisbane, Australia, *Pub Med*, 3(3), 597-609.
- Berg, R. (2020). *How will Covid-19 affect urban planning? The City Fix*, World Resources Institute. Erişim adresi: <https://thecityfix.com/blog/will-covid-19-affect-urban-planning-roger-van-den-berg>.
- Bratman, G.N., Anderson C.B., Berman, M.G., Cochran, B., de Vries, S., Flanders, J., Folke, C., Frumkin, H., Gross, J.J., Hartig, T., Kahn Jr, P.H., Kuo, M., Lawler, J.J., Levin, P.S., Lindahl, T., Lindenberg, A.M., Mitchell, R., Ouyang, Z., Roe, J., Scarlett, L., Smith, J.R., van den Bosch, M., Wheeler, B.W., White, M.P., Zheng, H., Daily, G.C. (2019). Nature and mental health: an ecosystem service perspective. *Science Advances*.5 (7), eax0903.
- Çam, Y. (2020). COVID-19 süreci ve kent mekanları kullanımının yeniden planlanması. *Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), 67-69.
- Çetinkale Demirkan, G. ve Sandal Erzurumlu, G. (2020). According to method of Gülez determination of recreational potential of Niğde Atatürk City Forest. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(52), 986-995.
- De la Fuente, F., Saldías, M.A., Cubillos, C., Mery, G., Carvajal, D., Bowen, M., Bertoglia, M.P. (2021). Green space exposure association with type 2 diabetes mellitus, physical activity, and obesity: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Publ. Health* 18, 97.
- Dinçtürk C., Dal, İ. ve Açıksöz, S. (2020). Salgının öğretileri ve yeni dış mekan kullanımları. *Bartın Orman Fakültesi Dergisi*, 22(3), 791-801.
- Fındıklı Kaymakamlığı, (2020). Erişim adresi: <http://www.findikli.gov.tr/ilcemiz>.
- Geary, R.S., Wheeler, B., Lovell, R., Jepson, R., Hunter, R., Rodgers, S. (2021). A call to action: Improving urban green spaces to reduce health inequalities exacerbated by COVID-19. *Prev Med*, 145, 106425.
- Gianfredi, V., Buffoli, M., Rebecchi, A., Croci, R., Oradini-Alacreu, A., Stirparo, G., Signorelli, C. (2021). Association between urban greenspace and health: a systematic review of literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18 (10), 5137.
- Gül, A. ve Küçük, V. (2001). Kentsel açık ve yeşil alanlar ve Isparta kenti örneğinde irdelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi, Orman Fakültesi Dergisi*, 2, 27-48.
- Gültekin, P., Özdede, S., Korkut, C., Esentürk, A., Gül, H., Topçu, K. (2018). Rekreatyonel aktivitelere katılımın mental sağlığa etkilerinin değerlendirilmesi: Düzce kenti örneği. *Türkiye Peyzaj Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 26-41
- Güngör, M. ve Bulut, Y. (2008). Ki-kare testi üzerine. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırma Merkezi Dergisi*, 7(1), 84-89.
- Güngör, S., Bütüner, F. (2018). Pandemi sürecinde Konya İlinde yaşayan yaşlı bireylerde meydana gelen sosyal ve psikolojik değişimlerin peyzaj mimarlığı açısından değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Agriculture - Food Science and Technology*, 9(1):2458-2465.
- Güngör, S., Öner, B. (2020). Covid-19 sonrası normalleşme sürecinde rekreatyonel aktivite kullanımlarının değişimi ve kentsel yeşil alan özlemi. *Turkish Journal of Agriculture - Food Science and Technology*, 8(1), 8-12.
- Güngören, F. (2020). Covid-19'un toplumsal kurumlara etkisi. *Van Yyu Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Salgın Hastalıklar Özel Sayısı, 393-428.

- Halilnezhad, M.R., Ugolini, F. ve Massetti, L. (2021). Attitudes and Behaviors toward the Use of Public and Private Green Space during the COVID-19 Pandemic in Iran. Effects of the COVID-19 Pandemic on the Use and Perception of Urban Green Space. *Special Issue*,10 (10), 1085.
- Hammaloğlu, A.G. ve Akten, M., (2019). Kentsel çevrenin algısı: Muratpaşa İlçesi örneği. *Mimarlık Bilimleri ve Uygulamaları Dergisi*, MBUD, 4(2),172-182.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., Frumkin, H. (2014). Nature and healthy. *Annual Reviews Public Health*. 35, 207-28.
- Kalaycı, Ş., (2008). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kalipsız, A., (1981). İstatistik Yöntemler. İstanbul Üniversitesi, Orman Fakültesi, Yayın No: 2837/294, İstanbul.
- Karavaş, B. ve Var, M., (2016). Botanik bahçelerinde ziyaretçi tercihlerinin belirlenmesi ‘Nezahat Gökyiğit Botanik Bahçesi örneği. *Kastamonu Un. Orman Fakültesi Dergisi*, 16 (1), 120-130.
- Karataş, A. ve Kılıç, S. (2017). Sürdürülebilir kentsel gelişme ve yeşil alanlar. *SİYASAL: Journal of Political Sciences*, 26(2), 53–78.
- Kaya, B. (2020). Pandeminin ruh sağlığına etkileri. *Klinik Psikiyatri*, 23, 123-124.
- Kaya Ciddi ve Yazgan, E. (2019). Covid-19 salgınında sosyal izolasyon sırasında fiziksel aktivite durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı, 37, 262-279.
- Kiper, T. (2014). Peyzaj mimarlığı öğrencilerinin çevre tutumlarının belirlenmesi. *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*,11(2), 80-88.
- Kiper, T. ve Öztürk. A.G., (2011). Kent ormanlarının rekreasyonel kullanımı ve yerel halkın farkındalığı: Edirne Kent (İzzet Arseven) Ormanı örneği. *Tekirdağ Ziraat Fak. Derg.*, 8(2),105-117.
- Kiper, T., Korkut, A., & Üstün Topal, T. (2017). Üniversite öğrencilerinin çevre duyarlılıkları üzerine bir araştırma: Namık Kemal Üniversitesi örneği. *İnönü Ün. Sanat ve Tasarım Derg.*, 7(16), 112-124.
- Lam, T.M., Vaartjes, I., Grobbee, D.E., Karssenber, D., Lakerveld, J. (2021). Associations between the built environment and obesity: An umbrella review. *Int. J. Health Geogr*, 20 (1), 7.
- Lambert, K.A., Bowatte, G., Tham, R., Lodge, C.J., Prendergast, L.A., Heinrich, J., Abramson, M.J., Dharmage, S.C., Erbas, B. (2018). Greenspace and atopic sensitization in children and adolescents—a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Publ. Health*, 15, 2539.
- Luo, S., Xie, J., Furuya, K. (2021). “We need such a space”: residents’ motives for visiting urban green spaces during the COVID-19 pandemic. *Sustainability*, 13 (12), 6806.
- Mayen Huerta, C., Cafagna, G., (2021). Snapshot of the use of urban green spaces in Mexico City during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Int J. Environ. Res. Public Health*, 18 (8), 4304.
- Müminoğlu, Y., Tahta Türkyılmaz, B., ve Aslan Gülgün, B. (2018). Kentsel yaşama bilimsel, görsel, rekreasyonel katkılar; botanik bahçeleri. *MSU Fen Bil. Dergisi*, 6(1), 519-528.
- Nas, T. (2019). Kırşehir kent merkezinde kamusal açık yeşil alan yeterliliğinin peyzaj mimarlığı açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bartın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Bartın.
- Noszczyk, T., Gorzelany, J., Kukulska-Koziele, A., Hernik, J. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the importance of urban green spaces to the public. *Land Use Policy*, 113 (2022), 105925.
- Onur, M. (2020). COVID-19 salgın döneminde peyzaj ve insan ilişkisinin mekansal tercihler üzerinden incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi*, 13(74), 258-263
- Önen, E. (2015). Kentsel Açık-Yeşil Alan Stratejilerinin Belirlenmesi: Güzelbahçe (İzmir) İlçesi Örneği. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Özdede, S., Kolonya, D.H. ve Aygün, A. (2021). Pandemi Sonrası Dönemde Kişi Başına Düşen Kentsel Yeşil Alan İhtiyacını Yeniden Düşünmek. *İdealkent*, Covid-19 Özel Sayısı (12), 362-388.
- Özdamar, K. (2002). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analiz-2 (Çok Değişkenli Analizler), Kaan Kitapevi, Eskişehir.
- Özdemir, A. (2009). Katılımcı kentli kimliğinin oluşumunda kamusal yeşil alanların rolü: Ankara kent parkları örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 1,144-153.
- Pouso, S., Borja, A., Fleming, L.E., Gomez-Baggethun, E., White, M.P., Uyarra, M.C. (2021). Contact with blue-green spaces during the COVID-19 pandemic lockdown beneficial for mental health. *Sci. Total Environ.* 756, 143984 <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.143984>.
- Reid C.E., Rieves E.S., Carlson K. (2022). Perceptions of green space usage, abundance, and quality of green space were associated with better mental health during the COVID-19 pandemic among residents of Denver. *Plos One*, 17 (3), e0263779.
- Russette, H., Graham, J., Holden, Z.; Semmens, E.O., Williams, E., Landguth, E.L. (2021). Greenspace exposure and COVID-19 mortality in the United States: January–July. *Environ. Res.* 198, 111195.
- Samuelsson, K., Barthel, S., Colding, J., Macassa, G., Giusti, M. (2020). Urban nature as a source of resilience during social distancing amidst the coronavirus pandemic. Research Gate Pre-print (April). t: <https://www.researchgate.net/publication/340686731>.
- Sarp, A., Yücedağ, C., Kaya, L.K. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde parklar üzerine kullanıcıların görüşleri: Antalya-Konyaaltı Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 12(1), 69-75.
- Schio, N., Phillips, A., Fransen, K., Wolff, M., Haase, D., Ostoi, S.K., Zivojinovi, I., Vuleti, D., Derksf, J., Daviesf, C., Laforteza, R., Roitsch, D., Winkel, G., De Vreese, R. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the use of and attitudes towards urban forests and green spaces: Exploring the instigators of change in Belgium. *Urban Forestry & Urban Greening*. 65, 127305.
- Seçkin, P. (2020). Salgın koşullarında peyzaj tasarımında değişen konfor arayışları. *Spektrum Dergisi*, 1,37-39.
- Slater, S.J., Christiana, R.W. ve Gustat, J. (2020). Recommendations for keeping parks and green space accessible for mental and physical health during COVID-19 and other pandemics. *Preventing Chronic Disease*, 17/E59,doi:10.5888/pcd17.200204.
- Şafaklı, O.V., (2017). Üniversite öğrencilerinin turizmin olumsuz çevre etkilerini algılama düzeyi: Kuzey Kıbrıs örneği. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(6), 58-67.
- Turanlı, M., Taşpınar Cengiz, D. ve Bozkır, Ö. (2012). Faktör analizi ile üniversiteye giriş sınavlarındaki başarı durumuna göre illerin sıralanması. *İstanbul Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, 17, 45-68.
- TÜİK, (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Verileri*. Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95>.
- Ugolini, F., Massetti, L., Pearlmutter, D., Sanesi, G., (2021). Usage of urban green space and related feelings of deprivation during the COVID-19 lockdown: lessons learned from an Italian case study. *Land Use Policy*, 105, 105437.
- Uyumaz, G., Mor Dirlik, E., Çokluk, Ö., (2016). Açımlayıcı faktör analizinde tekrar edilebilirlik: kavram ve uygulama. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(2), 659-675.
- Uzun, S. ve Müderrisoğlu, H., (2007). Kırsal ve kentsel alanlardaki parklarda kullanıcı memnuniyeti; Gölcük Orman İçi Dinlenme Alanı ve İnönü Parkı örneği. *Düzce Ün. Orman Fak. Ormanlık Derg.*, 3 (2) , 84-101.
- Yakınlar, N. (2020). Algısal ve duyu karakteristikleri kapsamında kentsel yeşil alanların beden sağlığı restorasyonu üzerindeki etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

- Yang, B.-Y., Zhao, T., Hu, L.-X., Browning, M.H.E.M., Heinrich, J., Dharmage, S.C., Jalaludin, B., Knibbs, L.D., Liu, X.-X., Luo, Y.-N., James, P., Li, S., Huang, W.-Z., Chen, G., Zeng, X.-W., Hu, L.-W., Yu, Y., Dong, G.-H. (2021). Greenspace and human health: An umbrella review, 4th ed. 2. Innovation 100164. <https://doi.org/10.1016/j.xinn.2021.100164>.
- Yeager, R., Riggs, D.W., DeJarnett, N., Tollerud, D.J., Wilson, J., Conklin, D.J., O'Toole, T.E., McCracken, J., Lorkiewicz, P., Xie, Z., Zafar, N., Krishnasamy, S.S., Srivastava, S., Finch, J., Keith, R.J., DeFilippis, A., Rai, S.N., Liu, G., Bhatnagar, A. (2018). Association between residential greenness and cardiovascular disease risk. *J. Am. Heart Assoc.* 7, e009117, <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009117>.
- Yiğit, Ş. ve Atmaca, M., (2021). Suriyeli göçmenlerin açık ve yeşil alanlardan talep ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Ege Ün. Ziraat Fak. Derg.*, 58 (2), 271-283.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

Yaşlı Dostu Hastaneye Yaşlı Dostu Gelişim Komitesinin Bakışı: Nitel Bir Araştırma

Age-Friendly Development Committee's Perspective on Age-Friendly Hospital: A Qualitative Study

Prof. Dr. Hatice Nilay GEMLİK¹

Ayşenur AYDIN²

Dr. Öğr. Üyesi. Ali ARSLANOĞLU³

ÖZ

Ortalama yaşam süresinin uzaması ve nüfus artış hızının yavaşlaması yaşlı nüfusunun artmasına sebep olmuştur. Giderek artan yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını anlayabilmek ve karşılaştıkları sorunlara çözüm yolları geliştirmek amacıyla yaşlı dostu hastane konusu gündeme gelmiştir. Bu çalışma Yaşlı Dostu Hastane çalışanının Yaşlı Dostu Hastane uygulamasına bakış açılarını anlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Belirlenen amaç doğrultusunda Yaşlı Dostu Hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesinin dört çalışanı ile odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Araştırma sorularının amaca uygun olması için sorular hazırlanmadan önce konu hakkında literatür taraması yapılmıştır. Bilgilerin geçerliliğini korumak ve araştırmanın güvenilirliğini sağlamak için katılımcılardan izin alınarak gerçekleştirilen görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşme sonucunda elde edilen veriler betimsel analiz ve içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. Elde edilen verilere göre tekrar eden ifadeler incelendiğinde Yaşlı Dostu Hastanede çalışmak komite üyeleri tarafından bir avantaj olarak görülmektedir. Yine söylem sayıları incelendiğinde yaşlı dostu gelişim komitesi yaşlı bir iş yükü olarak görmemektedir. Ayrıca ifade sayıları incelendiğinde en çok söyleme sahip hizmetlerin hastanede yaşlı dostu bir farkındalık oluşturmak üzere gerçekleştirilen yaşlı dostu eğitimler olduğu görülmektedir. Çalışanların almış olduğu yaşlı dostu eğitimlerle hastanede yaşlı dostu bir kültür oluşturulmuştur. Bu sayede Yaşlı Dostu Hastane çalışanları yaşlı dostu uygulamaları desteklemekte ve bu uygulamalara profesyonellik çerçevesinde yaklaşmaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Yaşlılık, Yaşlı Dostu Hastane

JEL Sınıflandırma Kodları: I12, I18

ABSTRACT

The prolongation of the average life expectancy and the slowdown in the population growth rate have led to an increase in the elderly population. In order to understand the health needs of the increasing elderly population and to develop solutions to the problems they face, the issue of elderly-friendly hospitals has come to the fore. This study was carried out in order to understand the perspectives of the Age Friendly Hospital staff on the Age Friendly Hospital application. In line with the determined purpose, a focus group meeting was held with four employees of the Age-Friendly Development Committee of the Age-Friendly Hospital. In order for the research questions to be suitable for the purpose, a literature review was conducted before the questions were prepared. In order to preserve the validity of the information and to ensure the reliability of the research, the interviews conducted with the permission of the participants were recorded. The data obtained as a result of the interview were analyzed by descriptive analysis and content analysis methods. According to the data obtained, when the repetitive statements are examined, working in an Age Friendly Hospital is seen as an advantage by the committee members. Again, when the number of discourses is examined, the elderly-friendly development committee does not see the elderly as a workload. In addition, when the number of statements is examined, it is seen that the services with the most discourse are the elderly-friendly trainings carried out in order to create an elderly-friendly awareness in the hospital. An elderly-friendly culture has been created in the hospital with the age-friendly trainings received by the employees. In this way, Age-Friendly Hospital employees support age-friendly practices and approach these practices within the framework of professionalism.

Keywords: Aging, Old-Age, Age-friendly Hospital

JEL Classification Codes: I12, I18

¹ Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ngenlik@marmara.edu.tr

² Marmara Üniversitesi, aydinayenur0@gmail.com

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aliarslanoglu18@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The prolongation of the average life expectancy and the slowing down of the population growth rate led to an increase in the elderly population. To understand the healthcare needs of the growing elderly population and to develop solutions to the problems they encounter, the notion of age-friendly hospitals has been brought to the agenda. With the increase in the elderly population, hospitals have started new applications to meet the physical and mental needs of elderly people. These practices, which are defined as age-friendly, primarily involve informing the management and staff about elderly communication and organizing education about the elderly to provide the most appropriate service to the elderly.

Design/methodology/approach:

This research is qualitative research aimed at understanding the perspectives of the employees of the Age-Friendly Development Board of the Age-Friendly Hospital towards elderly-friendly hospitals. In this study, fact science (phenomenology) was used as a qualitative research pattern. A focus group interview was carried out with four employees of the Hospital Age-friendly Development Committee in line with the objective identified. In this study, a semi-structured interview technique was used as a data collection method. Literature research had been executed on the subject matter before the questions were prepared to ensure that the research questions complied with the objective. As a result of the study, 5 open-ended questions were determined.

Open-ended questions directed to hospital staff are as follows;

1. You are working in a private hospital in Turkey is not many examples. What are the features that distinguish you from other hospitals? What do you do especially for the elderly?
2. What do you think is an age-friendly hospital? What should be in an age-friendly hospital?
3. What would you like to do if you were given a magic wand to provide better service to your patients?
4. What kind of feedback do seniors provide to you regarding the age-friendly hospital? How do they show that they are satisfied with the service they receive?
5. As an employee of an age-friendly hospital, what are the advantages and disadvantages of this hospital? Do you have any suggestions?

To protect the validity of the information and provide the reliability of the research, the interview was sound-recorded by obtaining the permission of the participants. Data obtained as a result of the interview were examined by the method of descriptive and content analysis. After the examination, the number of discourses was determined and made into a table. The validity of the study was ensured by preserving the expressions of the employees in the tables.

Findings:

Based on the review of the number of statements following the data obtained, different discourses of the hospital staff can be seen for the Age-Friendly Hospital concept. When the three most commonly spoken discourses are examined, the elderly-friendly hospital is considered to be the hospital where the treatment and all procedures of the elderly patient are expected to be completed in the same hospital in a short time. Working in an age-friendly hospital is seen as an advantage by the members of the committee. Again, when the number of discourses is examined, the age-friendly development committee does not see the elderly as a workload. In addition, when the number of discourses is examined, it is seen that the services with the most discourse are the age-friendly training carried out in the hospital to create an age-friendly awareness. The training they received has facilitated the work of the employees and made them feel more knowledgeable and safe.

Discussion and Conclusion:

Today, with the rapid increase of the elderly population, the demand for hospitals has increased. According to the information obtained from the research, the hospital where we conducted the study has established an Age-Friendly Development Committee dec ignoring this increase in the patient population. The age-friendly development committee does not see the elderly as a workload. On the contrary, they aim for applications that will support the treatment of elderly patients and enable them to continue their lives independently. For this reason, there are services that hospital employees want to offer in addition to existing services for elderly patients. Being able to provide follow-up services at home is one of these services in terms of continuity of the elderly-friendly hospital. An age-friendly culture was created in the hospital with the age-friendly training provided by the employees. In this way, elderly-friendly hospital employees support age-friendly practices and approach these practices professionally.

1. GİRİŞ

Yaşlılık konusu önemi her geçen gün artan ve gündemde olan konulardan biridir. Yaşlıların tıbbi ve sosyal sorunları bir arada yaşaması, birden fazla sağlık sorununun olması ve bu sorunların sıklıkla bir kısır döngü oluşturması yaşlıların sağlık hizmeti alma ihtiyacını arttırmaktadır (Özdemir ve Bilgili, 2014).

Yaşlılık psikolojik, sosyal ve fiziksel boyutları olan bir süreçtir. En geniş tanımıyla yaşlılık organizmanın geriye dönüşü olmayacak biçimde işlevlerinin bozulmasıdır. Yaşlılık fiziksel ve ruhsal yavaşlama ve hastalıklarla birlikte karakterde değişimlerin yaşandığı hızlı yavaşlatılabilen fakat geri döndürülemeyen bir süreçtir (Yahyaoglu 2013). Yaşlılık döneminde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri de yaşlıların bakımındır. Her yaşlı, hasta ve bakıma muhtaç değildir. Ancak hastalanma riski ve fonksiyonlarındaki gerileme nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma ihtimalleri artar. Yaşlıların bakımları aileler ve kurumlar tarafından sağlanmaktadır (Bahar, Bahar ve Savaş, 2009).

“Yaşlanma”, dünyaya gelen her canlının zaman içerisinde aldığı mesafe olup ölüme sona ermektedir (Beğner ve Yavuzer, 2012). Yaşlanma tüm dünya ülkelerinde var olan bir gerçekliktir. Günümüzde ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve nüfus hızındaki yavaşlama demografik olarak yaşlanmamıza sebep olmuştur. Yaşlı nüfusun hızla artması ile uzun yaşamın getirdiği yalnızlık, yoksulluk, hastalıklarda artış ve bakım ihtiyacının artması yaşlılık sorunlarına dikkat çekmiştir. (Danış, 2009).

Giderek artan yaşlı nüfusun sağlık ve bakım hizmetlerinde karşılaştığı problemleri çözebilmek adına uygulanan çözüm yollarından biri de “Yaşlı Dostu Hastane” projesidir.

2. YAŞLI DOSTU HASTANE

Dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde giderek yaygınlaşan “Yaşlı Dostu Hastane”; yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık gereksinimlerini karşılamak, sağlık durumlarını iyileştirmek, ailelerine ve bakım verenlere destek olmak için çalışan bir organizasyon ve hastane yapılanması olarak tanımlanmaktadır (Yeni Ereğli, 2017). Yaşlıların özel ihtiyaçlarına uygun, yaşlıyı destekleyici, yaşlıya saygılı ve kolay erişilebilir tedavi ve rehabilitasyon imkânı sunan hastaneler “Yaşlı Dostu Hastane” olarak adlandırılırlar. Yaşlı Dostu Hastanelerin diğer yaşlı dostu ortamlar gibi daha uygun bir yapıya sahip olması gerekir. Mümkün olduğunca fiziksel ve sosyal engellerden arındırılmış olmalıdır. Hastanelerin Yaşlı Dostu Hastane statüsü kazanabilmesi için tepeden tırnağa tüm çalışanların iş birliği içerisinde çalışması ve desteklenmesi gereklidir. Yaşlı Dostu Hastaneler yönetim politikası, iletişim ve hizmetler, fiziksel çevre ve bakım hizmetleri düzenlenmesine göre dört boyutta incelenir (Chiou and Chen, 2009).

Yaşlı Dostu Hastane yönetimi yaşlı dostu bir politika oluşturmalıdır ve bu çalışmalarını finanse edebilmek için hastane bütçesinden pay ayrılmalıdır. Ayrıca yönetim, personeli yaşlı bakımı hakkında bilgilendirmeli ve bu konuda uzman çalışanları istihdam etmelidir. Hastane yönetimi yeniliklerin sürekli takibini yapmalı ve hastaların memnuniyetini ölçerek gerekli iyileştirmeleri yapmalıdır. (Akdeniz ve Yaman, 2008).

Hastane personeli yaşlılarla iletişim kurarken anlaşılır bir dil kullanılmalı ve sabırlı davranmalıdır. Muayene saatleri, ücretler, kayıt bilgileri ve ilaçlar hakkında bilgi verirken yaşa uygun bir şekilde iletişim sağlanmalıdır. Hazırlanan broşür ve el kitapları yaş özellikleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır. Yaşlı dostu bir hastanede, yaşlı hastaları ve ziyaretçileri resepsiyonda bilgilendirmek, muayene odalarının yerini bulmak, onam formlarını okumak veya ayakta ve yatarak yapılan servislerde uygun olan diğer yardımlarda desteklemek için gönüllü programlar bulundurulmalıdır. Hastane çalışanları gönüllü çalışmaları için yaşlıları ve ailelerini bilgilendirmeli çalışmalara katılımlarını sağlamalıdır. (İzmir I. İleri Yaş Sempozyumu, 2008)

Bir hastanenin yaşlı dostu olabilmesi için fiziksel çevre özelliklerinin yaşlıların ihtiyaçları dikkate alınarak tasarlanmalıdır. Öncelikle hastaneye ulaşım kolay sağlanmalıdır. Yaşlı Dostu Hastanede yaşlı hastaların okuma problemlerini göz önünde bulundurularak büyük yazılı tabelalar kullanılmalıdır. Aydınlatma iyi ve yeterli seviyede sağlanmalıdır. Yaşlı hastalarda görülen yüksek düşme riskini azaltmak için kaymaz yüzeyler kullanılmalıdır. Mobilyalar sağlamlaştırılmalıdır ve tutunma düzeneklerinin bulunduğu düzgün yürüme yolları oluşturulmalıdır. Yaşlı hastalar uzun süre ayakta bekleyemezler bu nedenle hastane bekleme alanlarını konforlu bir hale getirilmeli ve bekleme alanları artırılmalıdır (WHO, 2004).

Yaşlı Dostu Hastanede bakım süreçlerinin daha verimli olabilmesi için hastane, yaşam tarzları, beslenme durumu, psiko-sosyal-ekonomik durum, düşme önleme, vb. olmak üzere, hastanın sağlığı geliştirme ve hastalıkların önlenmesine yönelik ihtiyaçlarını değerlendirmek için yaş ve cinsiyete uygun kılavuzlar oluşturulmalıdır. Hasta ve yakını hastalığı ve bakımı hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirmeli ve uygun bir tedavi yöntemi

oluşturulmalıdır. Hastanın bilgileri acil durumlarda kolay ulaşılabilmesi için kayıt altına alınmalıdır. Hastane yüksek riskli yaşlılar için multidisipliner geriatrik değerlendirme ve müdahaleler hakkında kılavuzlar oluşturmalıdır. Hastane, gerekli durumlar için, sağlık kurumları, hasta organizasyonları ve sosyal hizmet kuruluşları ile iş birliği içinde olmalı ve bu iş birliklerinin bir listesini oluşturmalıdır (Chen and Chiou, 2009).

Hastaneler yaşlı nüfusunun artmasıyla birlikte yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeni uygulamalara başlamışlardır. Yaşlı dostu olarak tanımlanan bu uygulamalar yaşlılara en uygun hizmeti verebilmek için öncelikle yönetim ve personeli yaşlı iletişimi ile ilgili bilgilendirilmesini ve yaşlı hakkında eğitim düzenlenmesini kapsar. Ayrıca Yaşlı Dostu Hastanelerin pratik yapılı olması da önemlidir. Yaşlı Dostu Hastaneler çeşitli düzenlemelerle ve tasarımlarla yaşlıların kullanımına uygun hale getirilmiş organizasyonlardır.

2.1. Yaşlı Dostu Hastanenin Amaçları

İstikrarlı ve sürdürülebilir, fayda sağlayan ve yaşlı odaklı; biyo-psiko-sosyal alanların tümünde insan onuruna yaraşır bir ileri yaş döneminin inşa edilmesi için oluşturulan “Yaşlı Dostu Hastanelerin” amaçları (T.C. Resmî Gazete, 2018 Sayı: 30427)

- “İleri yaştaki kişilerin yeniliklere açık, ömür boyu öğrenen ve bağımsız bir yaşam sürdürmeleri için gerekli önlemlerin alınmasının sağlanması,
- Hastanelerin yaşlılar için daha güvenli bir oram haline dönüştürülmesi ve hastaneye yatışlarda ortaya çıkabilecek komplikasyonları en aza indirilmesi,
- Hasta memnuniyetini sağlayarak hastanelerde kalış süresini en aza indirmek ve gereksiz kalış süresinin önlenmesi,
- Yaşlı dostu standartların oluşturulması ve hastane çalışanlarının iş tanımlarının bu standartlara göre düzenlenmesinin sağlanması,
- Hastanenin bütün çalışma alanlarında yaşlı dostu prensiplerin oluşturulmasının sağlanması,
- Bakım veren profesyoneller, aile yakınları ve diğer aktörlerin alanında uzman akademisyenler tarafından eğitilmelerinin ve danışmanlık hizmeti almalarının sağlanması,
- Yaşlıların yaşamlarını etkileyen sorunlar, gelişebilecek sağlık problemleri ve riskler konusunda farkındalık yaratılması, önleyici faaliyetler ve girişimlerde bulunulması,
- Yaşlı Dostu Hastane projesini yönetimden başlayarak en alt birimlere kadar ulaştırılmasının amaçlanması” şeklinde olmalıdır.

2.2. Yaşlı Dostu Hastanenin Avantaj ve Dezavantajları

Yaşlı insanlar diğer insanlardan daha savunmasızdır. Kompleks ve kronik sağlık sorunları yaşlılarda sıklıkla yaşanabilir. Bu durum hastanede kalış süresini uzatabilir. Yaşlı insanlar arasında günden güne artan hastalık sayısı, Yaşlı Dostu Hastane kurmayı gerekli kılmıştır. Bu nedenle, yaşlı bakımı için eğitilmiş profesyonellerinin bulunduğu, çok yönlü bir tedavi yönteminin takip edildiği ve kapsamlı bir ekibin olduğu Yaşlı Dostu Hastaneler avantajlı duruma geçmiş ve tercih edilme oranı artmıştır. Ancak yaşlıya yönelik sağlık hizmetleri ile diğer insanlara yönelik sağlık hizmetleri arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Yaşlıya yönelik sağlık hizmetlerinin ön planda tutulduğu hastanelerde yapılan farklılıklar diğer hasta grupları tarafından anlaşılmayabilir. (Karki, NandBhatta and Rash Aryal, 2015). Yaşlı Dostu Hastanelerin avantajlı olduğu bazı durumlar aynı zamanda dezavantaj da oluşturabilir.

Yaşlılarda görülen denge bozuklukları ve eklem sorunları nedeniyle yaşlılarda düşme problemleri oldukça yaygındır. Bu nedenle çevre düzenlemesi yaşlıların fiziksel özelliklerine göre düzenlenmiş olan hastaneler diğer hastanelere oranla daha çok tercih edilir. Ancak Yaşlı Dostu Hastaneler fiziksel ortamı iyileştirmeye ve bekleme süresini azaltmaya çalışsa bile düzenli şekilde hastaneyi ziyaret edemeyen yaşlılar için evde bakım hizmetleri karşısında dezavantajlı bir konumdadır (Rashmi, Kasthuri and Rodrigues, 2016).

Yaşlı Dostu Hastanelerde fiziksel şartlar ne kadar iyileştirilirse iyileştirilsin sağlık çalışanlarının tepkisi avantaj durumlarını büyük oranda etkilemektedir. İnsanlar yardımsever, arkadaş canlısı ve kendileriyle daha iyi iletişim kuran çalışanların bulunduğu ve güler yüzlü bir ekipten aldıkları hizmeti her zaman ilk sırada tutarlar. Yaşlı bakımı

ve iletişimi konusunda uzman bir ekibinin olması Yaşlı Dostu Hastanelerin en önemli avantajıdır (Ahmedi, Seyedin ve Fedaye-Vatan, 2015).

Yaşlı Dostu Hastanelerin en büyük dezavantajı hastane yönetiminin projeye ikna edilememesidir. Projenin birçok birim ve hastane tasarımı için yeniden planlama ve yapılandırma gerektirmesi hastane yönetiminin projeye olumsuz yaklaşmasına sebep olmaktadır. Ayrıca yeniden yapılandırma finansal açıdan hastaneyi zorlayabilir. Bu nedenle hastane yönetimi risk almak istemeyebilir (Allen, Larente and Morais, 2011).

2.3. Yaşlı Dostu Hastane Uygulamaları

Küresel anlamda ülkelerin genel nüfusu içerisindeki yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Bu artışın başlıca sebeplerinden biri ortalama yaşam süresinin uzaması diğeri ise doğum hızının azalmasıdır. Dolayısıyla tüm dünya ülkelerinde yaşlıya verilen önem artmaktadır ve yaşlılara yönelik hizmetlerin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (Tanman Zıpları, 2015)

Ortalama yaşam süresinin uzaması ve azalan doğum oranlarıyla birlikte Ontario bölgesinin nüfusunda 75 yaş üzeri nüfusun 2028 yılında %100'ün üzerinde artacağı tahmin edilmektedir. Nüfus yaşlandıkça sağlık sistemine olan baskılar da artmaktadır. Kanada Konferans Kurulu, yaşlıların sağlıklarına yaklaşımını değiştirmedeği sürece (Ontario Bölgesel Geriatrik Programlar) harcamaları önümüzdeki 10 yıl içinde 8 milyar dolardan 15,5 milyar dolara çıkacağı tahmin edilmektedir. Toplumdaki yaşlı bireylerin sayısı, bu nüfusa sağlık hizmetleri sunmanın yüksek maliyetleri ve yaşlıların yaşadığı arzu edilen sağlık sonuçlarından daha azı, bu eşsiz birey grubuna sağlık hizmetleri sunduğumuzu değiştirme ihtiyacının altını çizmektedir. Bu gerekli değişikliklerin önemli bir kısmı yaşlı dostu sağlık hizmetleri sunmaktır (Hart, Frank, Hoffman, Dickey and Kristjansson, 2016).

Yaşlı hastalara bakımın sağlanmasında tüm bakım ortamlarının etkilerinin dikkate alındığı sistematik bir yaklaşım gerekir. Bu çoklu sistematik faktörlerin ele alınabilmesi için çevresel düzenlemeleri profesyonel yardımla birleştiren, hasta odaklı erken taburcu planlaması üzerinde duran Yaşlı Akut Bakımı (ACE) ve işlev kaybı olan deliryum riski taşıyan hastaların teşhis tedavi ve incelenmesinde gönüllü destek veren çalışanların bulunduğu Hastane Yaşlı Yaşam Programı (HELP) olarak programlar oluşturmuşlardır. Ayrıca yaşlı hastalar için fiziksel, bilişsel ve psikososyal ihtiyaçlarını daha iyi karşılayan hastane uygulamalarını ve devam eden iyileştirme çalışmalarını teşvik etmek için Ontario Kıdemli Dostu Hastane Stratejisi oluşturulmuştur. Yerel Sağlık Entegrasyon Ağları (LHIN), uygulamaya destek vererek yaşlı bakımını geliştirmek için daha geniş bağlılıklarının bir parçası olmuşlardır. Böyle bir iyileştirme sonucunda oluşturulan entegre sistem sayesinde hastaların nakil ve konsültasyon işlemleri adına güvenliği artırarak hastaların sağlık sistemine olan güvenini artırmıştır (Wong, Whitefield and Liu, 2011).

Amerika ise artan yaşlı nüfusuna bağlı olarak hastalıkların oranının artması ve yaşlı hastaların hastane hizmetlerine olan taleplerinin artmasına karşın yaşlı hastalara kaliteli ve ihtiyaçlarına yönelik hastane hizmetleri sunmayı amaçlamaktadır. Hastanelerin fiziki açıdan yaşlıya uygun olamaması, sunulan hizmetin yaşlı hastaların ihtiyaçlarını karşılamaması, yaşlı hastaların tedavilerindeki memnuniyetsizlikleri, sağlık personellerinin yaşlı hastayla iletişim eğitimlerinin eksik olması sebebiyle yaşlı hastalarla olumlu iletişim kuramamaları Amerika'da Yaşlı Dostu Hastane kurma ihtiyacını doğurmuştur. Amerika yaşlı dostu politika ve uygulamalarının hastane hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için her hastanede uygulanması gerektiği görüşünü benimsemektedir (Karki et al, 2015).

Yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarının düşmesi sonucu dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Bilinenin aksine gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülkelere göre nüfus yaşlanmasından daha çok etkilenecektir. Türkiye de hızlı yaşlanan ülkelere birisidir. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına oranla, daha fazla artış göstermektedir. Türkiye'de toplam nüfus artış hızı 2013 yılında %13,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı %36,2'dir. Türkiye'de yaşlı nüfusun 2008-2040 yılları arasında %201 oranında artış göstereceği öngörülmektedir (Kara ve Samancı Tekin, 2018)

Nüfusun hızlı bir şekilde yaşlanması bazı kronik hastalıkların görülme riskini artırmakta ve bunun sonucu olarak da yeni ve ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla yaşlı hastaların kaliteli ve düzenli olarak hastane hizmetlerinden faydalanmaları oldukça önemlidir. Bu sebeple ülkemizde yaşlı nüfusun hastane hizmetlerine erişimini kolaylaştırıcı, yaşlılık dönemi özelliklerini ve gereksinimlerini bilen sağlık çalışanlarının bulunduğu,

toplumun yaşlılıkla ilgili bilinçlendirildiği “yaşlı dostu” ortamlar yaratmaya yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Buna öncülük eden çalışmalardan biri de Yaşlı Dostu Hastanelerdir (Yaman, 2008).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırma Yaşlı Dostu Hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesi çalışanlarının Yaşlı Dostu Hastaneye bakış açılarını anlayabilmek amacıyla yapılmış nitel bir çalışmadır. Bu çalışmada nitel araştırma deseni olarak olgu bilim (fenomonoloji) kullanılmıştır. Kişilerin dış dünyaya ait durum ve olaylara ilişkin algılarını ortaya çıkarmada uygun bir araştırma deseni olması nedeniyle bu çalışmada tercih edilmiştir (Sığırı 2018). Araştırma 2019 yılında Mayıs-Haziran aylarında yapıldığı için etik kurul izni bulunmamaktadır. Araştırma kurum izni ile özel bir hastanede yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evreni olarak İstanbul Anadolu Yakasında bulunan ilk ve tek Yaşlı Dostu Hastane olan Yaşlı Dostu Hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesi çalışanları seçilmiştir. Araştırmada olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme kullanılmıştır (Sığırı, 2018). Amaçlı örnekleme yöntemine uygun olarak hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesinde görev alan 4 çalışan ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmesi Yaşlı Dostu Hastanenin toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir ve yaklaşık olarak 1 saat sürmüştür. Görüşme tek seferde sonlandırılmıştır. Hastane çalışanlarının demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir;

Tablo 1. Demografik Özellikler

UNVAN	CİNSİYET	ÖĞRENİMDURUMU
Tıbbi Hizmetler Direktör Yardımcısı	Erkek	Tıp Fakültesi
Direktör	Kadın	Lisans
Nöroloji Doktoru	Kadın	Tıp Fakültesi
Yaşlı Dostu Sorumlu Hemşiresi	Kadın	Ön Lisans

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu yöntem ne yapılandırılmış görüşme tekniği kadar katı ne de yapılandırılmamış görüşme tekniği kadar esnek. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği bu iki tekniğin tam ortasında yer alır. Hem soruların yanıtlanmasına hem de ilgili alanda detaylı cevap alınmasına imkân sağlar (Özgan ve Külekçi, 2012). Araştırmacıya esneklik sağladığı için bu çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir. Hastane çalışanlarından görüşme için randevu alınarak görüşme saati belirlenmiştir. Görüşme hastanenin toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya ait verilerin kaybını önlemek için hastane çalışanlarından izin alınarak görüşme kayıt altına alınmıştır.

3.4. Araştırma Soruları

Araştırmada kullanılan görüşme soruları araştırmacı tarafından konu hakkında literatür çalışması yapıldıktan sonra hazırlanmıştır. Görüşmede hastane personeline yöneltilen demografik sorular şu şekildedir;

1. Cinsiyetiniz?
2. Eğitim Durumunuz?
3. Göreviniz? Şeklinde.

Görüşme sırasında hastane çalışanlarının Yaşlı Dostu Hastaneye bakış açısını anlayabilmek için katılımcılara 5 adet açık uçlu soru yöneltilmiştir. Açık uçlu sorular literatür araştırması sonrasında araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Hastane çalışanlarına yöneltilen açık uçlu sorular ise şu şekildedir;

1. Sizce Yaşlı Dostu Hastane nedir? Yaşlı Dostu Hastanede neler olmalıdır?
2. Siz Türkiye’de çok örneği olmayan özel bir hastanede çalışıyorsunuz. Sizi diğer hastanelerden ayıran özellikleriniz neler? Yaşlılar için özel olarak ne yapıyorsunuz?
3. Hastalarınıza daha iyi hizmet sunmak adına elinize sihirli bir değnek verilse ne yapmak isterdiniz?
4. Yaşlı Dostu Hastane ile ilgili olarak yaşlılar size nasıl geri dönüşler sağlıyor? Aldıkları hizmetten memnun olduklarını nasıl gösteriyorlar?
5. Yaşlı Dostu Hastanenin bir çalışanı olarak bu hastanenin size sağladığı avantaj ve dezavantajlar nelerdir? Son olarak öneriniz nedir? Ekleme istedikleriniz ar mıdır?

3.5. Verilerin Analizi

Nitel araştırma yaklaşımı doğrultusunda bu çalışmada betimsel içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi 4 aşamada gerçekleştirilmiştir. 1. Verilerin kodlanması, 2. Kodlanan verilerin temalarının belirlenmesi, 3. Kodların ve temaların düzenlenmesi, 4. Bulguların tanımlanması ve yorumlanması (Yıldırım, 2011). Öncelikle ses kayıtları incelenmiş ve çözümlenmiştir. Daha sonra benzer ifadeler belirlenmiştir. Belirlenen benzer ifadeler gruplandırılmıştır. Gruplandırılan benzer öğeler temalandırılmıştır. Son olarak elde edilen veriler sayısallaştırılmış ve tablo haline getirilmiştir (Sığı, 2018). Tablolarda çalışanların ifade biçimleri korunarak araştırmanın geçerliliği sağlanmıştır. Verilerin çözümlenmesi sonucunda bulgular kendi içinde tutarlı ve anlamlı çıkmıştır. Bu durum araştırmanın iç geçerliliğini sağlamaktadır. Görüşme sırasında araştırmacı katılımcıya ifadeleri ile ilgili kendi algıladıklarını aktararak ifadelerin doğru anlaşılıp anlaşılmadığını sorgulamıştır. Bu durum da araştırmanın dış güvenilirliğini sağlamıştır (Özgan ve Külekçi, 2012).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan Yaşlı Dostu Hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesinin Yaşlı Dostu Hastaneye bakış açıları, çalışanların Yaşlı Dostu Hastane kavramını algılayış biçimi, komitenin yaşlılara özel mevcut hizmetleri ve gerçekleştirmek istediği hizmetler, hastaların memnuniyetini algılama şekilleri, Yaşlı Dostu Hastanede çalışmanın onlara ne kattığı ve son olarak da yaşlı dostu olmaya karar veren hastanelere tavsiyeleri üzerinden değerlendirilerek tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 2. Hastane Çalışanının Yaşlı Dostu Hastane İfadesi

Yaşlı Dostu Hastane çalışanlarının Yaşlı Dostu Hastane tanımı	Söylem Sayısı
Yaşlıların sorunlarını bilmek ve ona uygun organizasyonlar yapmak,	3
Yaşlıların tedavilerini veya bakımlarının aynı hastanede karşılanması,	2
Yaşlıların bağımsız yaşamasına destek olmak,	2
Yaşlı hastaların hastaneden kısa sürede taburcu etmek,	2
Her alanda güvenilir hizmet sağlamak,	1
Yaşlı hastaların taleplerine uygun cevaplar vermek,	1
Ulaşılabilir hizmet sağlamak,	1

Tablo 2 incelendiğinde Yaşlı Dostu Hastane kavramı için hastane çalışanlarının farklı söylemleri görülmektedir. En çok söylenen üç söylem incelendiğinde Yaşlı Dostu Hastane, yaşlı hastanın tedavisinin ve tüm işlemlerinin aynı hastanede ve kısa sürede sonuçlandırılması beklenen hastane olarak kabul edilmektedir. Ayrıca sayıca düşük

söylemler incelendiğinde ise yine yaşlı hastaların sorunlarına odaklanmak ve ulaşılabilir bir hizmet sağlamak hastane çalışanının Yaşlı Dostu Hastaneye bakışını göstermektedir.

Tablo 3. Yaşlı Dostu Hastanelerin Yaşlılara Özel Hizmetleri

Yaşlı Dostu Hastane çalışanının yaşlılara özel hizmetleri	Söylem sayısı
Yaşlı hastalar için özel bir komitenin olması,	4
Yaşlı hasta için poliklinik ve yatan hasta kısmında farklılar bulunması,	3
Yaşlı dostu prensipler ve iş tanımlarının oluşturulması,	3
Hasta ve yakınlarına eğitimler düzenlenmesi,	3
Yaşlı hasta için aile ve bakıcıdan daha stabil bir destek gücü olmak,	2
Hastanede yaşlı dostu bir kültür oluşturmak için eğitimler düzenlenmesi,	2
İlaç düzenlemeleri yapılarak ilaç tablosunun oluşturulması,	2
Yaşlı hastaların tedavi süreçlerinde yeni bir gelecek vaat etme,	2
Yaşlıların sorunlarının farkını edilerek çözüm yolları bulunması,	2
65 yaş üstü hastaya ayrı bir kayıt ekranı uygulaması,	1
Kaynakların hastalar için en iyi şekilde değerlendirilmeye çalışılması,	1
Yaşlı dostu hemşiremizin yaşlı hastaları karşılayarak hastanın tedavi sürecini yönetmesi,	1
Yaşlı hastanın tedaviyi kabul etmesi ve tedavi sürecine devam etmesi için motive etmek,	1
Cerrahi branşta yaşlı hastayı dışlamamak,	1

Tablo 3’de hastane çalışanının yaşlılara özel gerçekleştirdiği 14 farklı hizmet görülmektedir. Söylem sayıları incelendiğinde yüksek söyleme sahip hizmetlerin hastanede yaşlı dostu bir farkındalık oluşturmak üzere gerçekleştirilen yaşlı dostu eğitimler olduğu görülmektedir. En yüksek sayıya sahip söylem ise yaşlılar için özel organize olmuş ve onların sorunlarına çözüm bulacak organizasyonları gerçekleştiren bir komitenin varlığıdır. Tablonun tamamı incelendiğinde ise yaşlılara her alanda farklı seçenekler sunulmak istendiği ve tedavi sürecini yöneten bir hemşirenin verdiği hizmetler görülmektedir.

Tablo 4. Yaşlı Dostu Hastane Çalışanının Yeni Hedefleri

Hastane çalışanlarının yaşlılar için gerçekleştirmek istediği hizmetler	Söylem sayısı
Hastaların kontrollere daha sağlıklı gelebilmelerini sağlamak	3
Fiziksel koşullarımızı yaşlılar için tamamıyla uygun hale getirmek	2
Evde takip hizmeti vermek	2
Randevu sistemini yaşlı dostu hale getirerek yaşlıları ayrı bir sıraya alarak mümkün olduğunca aynı gün işlerini halletmek	1

Yapılan görüşmede imkânınız olsa yaşlı hastalarınız için daha fazla ne yapmak isterdiniz sorusuna verdiği cevaplar Tablo 4’te listelenmiştir. Alınan cevaplarda yüksek sayıya sahip 3 söylem görülmektedir. Bunlardan ilki yaşlı dostu uygulamaların devamlılığını sağlayabilmek adına evde takip sistemlerinin gerçekleştirilmesi olarak görülmektedir. Diğer bir cevap ise fiziksel şartları yaşlılar için daha da uygun hale getirmektir.

Tablo 5. Çalışanın Hastaların Yaşlı Dostu Uygulamalardan Memnun Olduklarını Anlama Şekilleri

Yaşlı hastaların memnuniyet ifadeleri	Söylem sayısı
Verilen eğitimlere talepolması,	3
Sıcak selamlaşma ve tokalaşmamız,	2
Hastalarımızın güler yüz ve hizmetten memnun olduklarını doğrudan kendilerinin ifade etmesi,	2
Hastaların başka hastanede olan doktorlarından vazgeçerek bu hastaneden hizmet talep etmesi,	1
Hastalarımızın hizmet alımında sürdürülebilirlik,	1

Tablo 5’de çalışanın hastaların yaşlı dostu uygulamalardan memnun olduklarını nasıl algıladıklarını geri dönüşlerinin nasıl olduğu ile ilgili cevaplar gösterilmektedir. Alınan cevaplara göre verilen eğitimlere olan talebin fazlalığı, hastaların direk olarak kapıda karşılanmaları ve güler yüzden memnun olduklarını doğrudan ifade etmeleri memnuniyet ölçütü olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hastaların çalışanlara olan samimi tavırları da memnuniyetlerinin göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Tablo 6. Yaşlı Dostu Hastanede Çalışmanın Çalışana Sağladığı Avantajlar ve Dezavantajlar

Yaşlı Dostu Hastane çalışanı olmanın avantaj ve dezavantajları	Söylem sayısı
Bilinçli bir ekibin varlığının işleri kolaylaştırması,	3
Yaşlıya nasıl yaklaşılacağına bilinmesi sayesinde iletişimin kolaylaşması,	3
Alınan eğitimlerin artı bir değer oluşturması,	2
Primer görev tanımlarının dezavantajı engellemesi,	2
Yaşlı dostu bir ekibin varlığından yansıyan bir yardımlaşma ve rahatlık var,	1
Bilginin donanımında oluşan güven ortamı,	1

Yaşlı Dostu Hastanede çalışmanın çalışana sağladığı avantaj ve dezavantajlar incelendiğinde birçok farklı sonuç görülmektedir. Tablo incelendiğinde genel olarak bir dezavantaj durumu gözlemlenmemiştir, aksine birçok avantaj söz konusudur. Yaşlı Dostu Hastane çalışana bilgi donanımı kazandırdığı ve güven ortamı sağladığı için avantajlı görülmektedir. Yaşlı dostu iş prensipleri çalışanın başka alanlarda istihdamı için ısrar edilmemiş olması Yaşlı Dostu Hastane uygulamasının dezavantaj olarak görülmesini engellemiştir.

Tablo 7. Hastane Çalışanının Yaşlı Dostu Olmak İsteyenlere Önerileri

Hastane çalışanının yaşlı dostu olmak için önerileri	Söylem sayısı
Yaşlı dostu komitede hastanenin yönetiminden, hemşirelerinden, doktorlarından ve destek biriminden çalışan bulunmalı,	4
Gönüllü olmanın önemi,	3
Pratiğe geçilmeden önce farkındalık oluşturulmalı ve işin adı net şekilde konulmalı,	2
İstikrarlı olunmalı,	2
Hem akademik bilgiyi hem de sahadan gelen bilgiyi birleştiren bir komitenin varlığı,	1
Yaşlıya ilgi ve alaka bizim geleneklerimizde var ve böyle bir hareket başladığı zaman destek alır,	1

Tablo 7’de hastane çalışanlarının yaşlı dostu olmak isteyen kurumlara önerileri gösterilmektedir. Söylem sayıları incelendiğinde en önemli tavsiyenin hastanenin bütün bölümlerinden belirlenen personelleri ile bir komite oluşturması ve bir farkındalık oluşturması olduğu ve gönüllü olarak bu işe başlanması olduğu görülmektedir. Değer verilen başka bir görüşte istikrarlı olunması üzerinedir. Ayrıca hastanenin birimlerinden katılımın olduğu bir komitenin önemi de vurgulanmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde yaşlı nüfusunun hızla artmasıyla hastanelere olan talep artmıştır. Yaşlı Dostu Hastane hasta popülasyonundaki bu artışı göz ardı etmemiş ve kendi deyimleriyle durumdan vazife çıkararak Yaşlı Dostu Hastane olmaya karar vermişlerdir. Öncelikle yaşlı dostu uygulamaların istikrarlı bir şekilde devam edebilmesi için işin ana felsefesini benimsemiş olan gönüllü kişilerle hem sahadan gelen bilgiyi hem akademik bilgiyi birleştiren Yaşlı Dostu Gelişim Komitesi oluşturulmuştur.

Yaşlı dostu uygulamadan çalışanları haberdar etmek ve yaşlı dostu bir örgüt kültürü oluşturarak çalışandan destek görmek için yaşlı dostu eğitimler verilerek hastane çalışanları bilgilendirilmiş ve hastanede bir farkındalık oluşturulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilere göre Yaşlı Dostu Hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesi yaşlı dostu uygulamaları, yaşlılarla olan ilişkilerini, onları karşılayarak tedavi süreçlerini yönetmeyi ve dost ilişkiler kurmayı profesyonellik olarak kabul etmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre Yaşlı Dostu Hastanede çalışmak komite tarafından bir avantaj olarak görülmektedir. Hastane çalışanları aldıkları eğitimler sayesinde kendini daha bilgili ve güvende hissetmektedirler. Sorunlarla nasıl baş edeceklerini bilmek çalışanlara rahatlık sağlamaktadır. Yaşlı dostu iş tanımları ve prensiplerin olması sayesinde primer görevinin belirlenmesi Yaşlı Dostu Gelişim Komitesinin bu oluşumu dezavantaj olarak görmesini engellemiştir.

Yine araştırmadan elde edilen bilgilere göre yaşlı dostu gelişim komitesi yaşlıyı bir iş yükü olarak görmemektedir. Aksine yaşlı hastanın tedavisine destek olarak ona bambaşka bir bundan sonrası vaat ederek hayatlarına bağımsız olarak devam edebilmelerini sağlayacak uygulamalar hedeflemektedirler. Yaşlı Dostu Hastanenin Yaşlı Dostu Gelişim Komitesi değişen aile yapısına bağlı olarak artık evde yapılması gereken işlerinin profesyonel kurumlarda yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bu nedenle yaşlı dostu bir uygulama Yaşlı Dostu Hastane çalışanları tarafından destek görmektedir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara dayanarak;

Yaşlı dostu gelişim komitesinin Yaşlı Dostu Hastane uygulamaları vardır. Bu uygulamalar yaşlının ulaşabileceği, işlerini kolay halledebileceği ve yaşlının sorunlarına çözüm üretildiği organizasyon yapısını sağlanabilmesi üzerinedir. Ayrıca hastane çalışanının yaşlı hastalar için mevcut hizmetlere ek olarak sunmak istedikleri hizmetlerin de olduğu görülmektedir. Hastane çalışanının yaşlı dostu uygulamalara olan bağlılığını arttırmak ve çalışanları yeni fikirler üretmeye teşvik etmek amacıyla çalışanların istekleri yönünde çalışmalar yapılabilir. Ayrıca Yaşlı Dostu Hastanenin devamlılığı açısından evde takip hizmeti gerçekleştirilmesi konusunda çalışmalar artırılabilir.

Son olarak Yaşlı Dostu Hastane, hastane çalışanlarına ve yaşlı hastalara avantaj sağlamaktadır. Bu sebeple bu projeden daha fazla yaşlı hastanın faydalanabilmesi ve daha çok hastanenin yaşlı dostu olabilmesi için hastane çalışanına verilen yaşlı dostu eğitimler bölgesel olacak şekilde geliştirilebilir ve Yaşlı Dostu Hastane uygulamasının yaygınlaşması sağlanabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar makalede eşit katkı oranına sahiptir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yoktur.

Çatışma Beyanı: Çıkar çatışması yoktur.

REFERENCES

- Ahmadi, A. Seyedin, H. and Fedaye-Vatan R. (2015). Towards Age-Friendly Hospitals in Developing Countries: A Case Study in Iran, *Health Promotion Perspective*; 5(1): 42–51
- Akdeniz, M. ve Yaman, H. (2008). Yaşlı dostu birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamaları: DSÖ yaşlı dostu birincil bakım merkezi enstrümanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 17(7-8): 31-33
- Allen, HR. Larente, N. ve Morais, JA. (2011). Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm shift for the hospital-based care of the elderly. *Canadian Geriatrics Journal*, 14(4).
- Beğen, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi, *Klinik Gelişim Dergisi* 25, 1-3.
- Chen, LK. and Chiou, ST. (2009). Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49 Suppl. 2 (2009) S3–S6
- Danış, Z.M. (2009), “Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar”, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, (20)1, s. 67-83
- Bahar, G. Bahar, A. ve Savaş, H (2009). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt;4 Sayı;12
- Hart, B. Frank, C. Hoffman, J. Dickey, D. and Kristjansson, J. (2016). Senior friendly health services, *Medline*: 30 (1), 18-21
- İzmir İ. İleriYaş Sempozyumu “İleri Yaşın Taleplerine Çok Yönlü Yaklaşım” Özet Kitap, İzmir, Ege Geriatri Derneği, 21-21 Mart 2008
- Kara, F. ve Samancı Tekin, Ç. (2018). Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık, *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1): 219-229
- Rashmi, M. R. Kasthuri, A and Rodrigue, R. J. (2016). Senior Friendly Hospitals: Development and Application of Criteria: A Descriptive Study, *Indian Journal Community Medicine*; 41(4): 256–262.
- Özdemir, Ö. ve Bilgili, N. (2014). Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı, *Gülhane Tıp Dergisi*, 56: 128-131
- Özgan, Külekçi (2012). Öğretim elemanlarının sessizlik nedenleri ve üniversitelerine etkileri, *E-International Journal of Educational Research*, 3,33-49
- Karki, S. NandBhatta, D. Rash Aryal, U. (2015). Older people’s perspectives on an elderly-friendly hospital environment: an exploratory study, *Risk Management and Healthcare Policy*.8, s:81-89.
- Sığırı, Ü. (2018). Nitel Araştırma Yöntemleri, Beta Yayınevi, İstanbul
- Tanman Zıplar, Ü. (2015). Dünya’da ve Türkiye’de yaşlılık hizmetleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 173-194
- T.C. Resmî Gazete. Yönetmelik Akdeniz Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Yönetmeliği, 2018 Sayı: 30427.
- Wong, K. Whitefield, G. and Liu B, (2011). Senior Friendly Hospital Care Across Ontario Summary Report and Recommendations, Ontario.
- “WHO, 2004: Towards Age-friendly Primary Health Care, http://www.emro.who.int/images/stories/elderly/documents/Towards_Age_Freindly_PHC.pdf?ua=1Erişim tarihi; 08.02.2019
- <http://www.yeniiregeli.net/saglikli-yaslilik-icin-hastaneler-de-yasli-dostu-olmali-10375h.htm>Erişim tarihi;10.11.2018.
- Yahyaoglu, R. (2013). Yaşlanma ve Zaman Algısı, T.C Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neylan Ziyalar).
- Yaman, H. (2008). Bütüncül geriyatrik değerlendirme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 17(11-12): 28-29.
- Yıldırım, N. (2011). Okul müdürlerinin motivasyonları üzerine nitel bir inceleme, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Dergisi*, 11(1):71-85



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

Türkiye’de Hava Kirliliği ve Sağlık Harcamaları

Air Pollution and Health Expenditures in Turkey

Dr. Öğr. Üyesi Şerife GÜZEL¹

Uzm. Pınar ÖZER²

ÖZ

Hava kirliliği sebebiyle Türkiye’de her yıl yaklaşık 45 bin önlenabilir erken ölüm gerçekleşmektedir. Hava kirliliği sebebiyle yaşanan rahatsızlıklar ve ölümlerin hem ekonomiye hem de sağlık harcamalarına etkisi olmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada hava kirliliğinden kaynaklı rahatsızlıklar sebebiyle sağlık harcamalarındaki maliyetlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma verileri OECD İstatistik tarafından sağlanan 2009-2019 yılları arasındaki hava kirliliğine etki eden faktörlerin değişiminden ve HEAL 2021 yılı hava kirliliği kaynaklı sağlık harcamaları maliyetlerinden oluşmaktadır. Araştırmada veriler grafik ve tablo haline getirilerek yorumlanmaktadır. Yapılan incelemeler sonucunda Türkiye’de hava kirliliği sonucu asgari 25,845 milyon TL, azami 52,492 milyon TL sağlık maliyetinin ortaya çıktığı görülmüştür. Hava kirliliği insanları, hayvanları, bitki ve hatta nesnelere etkilemektedir. Bir ülkede ortaya çıkan hava kirliliği atmosferde taşınarak başka bir yerde hava kirliliğine etkide bulunabilir. Hava kirliliği sadece tek bir alanı değil tüm dünyayı etkilemektedir. Bu yüzden küresel işbirliği ile kirliletiç faktör limitlerinin sıkı önlemlerle gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Küresel işbirliği ile yenilenebilir, temiz enerji kaynaklarının kullanımı için teşvik politikalarının oluşturulması daha sağlıklı bir toplum ve güçlü bir ekonominin oluşmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çevre kirliliği, Hava kirliliği, Sağlık harcamaları.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I15, I18, I19.

ABSTRACT

Due to air pollution, approximately 45 thousand preventable premature deaths occur in Turkey every year. Disturbances, and deaths due to air pollution have an impact on both the economy, and health expenditures. Therefore, in this study, it is aimed to examine the costs of health expenditures due to the discomforts caused by air pollution. The study data consists of the changes in the factors affecting air pollution between the years 2009-2019, provided by OECD Statistics, and the health expenditure costs caused by HEAL 2021 air pollution. In the research, the data are interpreted by turning them into graphs, and tables. As a result of the examinations, it has been seen that a minimum of 25,845 million TL, and a maximum of 52,492 million TL of health costs have arisen as a result of air pollution in Turkey. Air pollution affects people, animals, plants and even objects. Air pollution arising in one country can be carried in the atmosphere and affect air pollution in another place. Air pollution affects not only one area but the whole world. Therefore, it is necessary to realize the pollutant factor limits with strict measures with global cooperation. Establishing incentive policies for the use of renewable and clean energy resources with global cooperation will ensure a healthier society and a strong economy.

Keywords: Environmental Pollution, Air Pollution, Health Expenditures.

JEL Classification Codes: I10, I15, I18, I19.

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, serife_eren.89@hotmail.com

² Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, pinarozzer621@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Air, which is the most important source of life, undergoes changes with industry, and industrial activities. Air pollution, industrial activities, unplanned urbanization, heating, and fuel consumption caused by harmful substances that mix into the air, and spoil the natural composition of the air. In particular, the increase in polluting factors such as sulfur dioxide (SO₂), particulate matter (PM), nitrogen oxides (NO_x), ozone (O₃) affects health. In case of increased pollution, premature death cases, increase in respiratory diseases, heart diseases, and cancer can be seen in the society. Health expenditures are all expenditures made for the health, and protection of the society. Health expenditures are affected by factors such as increase in per capita income, technological developments, urbanization, and increase in life expectancy. Most of the financing of health expenditures in Turkey is provided by the public. Countries need to have a healthy society for a sustainable, and strong economy. Disturbances experienced as a result of air pollution cause loss of workforce, and increase in health expenditures in the society. This situation negatively affects economic growth, and especially the increase in public health expenditures imposes a burden on the state. In this context, the study deals with air pollution, and health expenditures in Turkey.

Design/methodology/approach:

Air pollution adversely affects areas such as quality of life, health expenditures, and economy. The study was designed by taking into account the health expenditures caused by air pollution in Turkey. Two data sources were used in the study. In the first, sulfur oxide (SO₂), nitrogen oxide (NO₂), particulate matter (PM_{2.5}, and PM₁₀), carbon monoxide (CO), and non-methane volatile organic compound values between 2009-2019 in Turkey were investigated. The data of the study were taken from OECD Statistics, and interpreted by graphing with the help of Microsoft Office Excel. In the second, the health effects, and health costs of air pollution originating from power plants in Turkey, and all affected regions in 2019 were examined. The data are taken from the Health, and Environment Alliance (HEAL) 2021 Chronic Coal Pollution in Turkey report.

Findings:

In the results of working; It was found that the average sulfur oxide value between 2009-2019 in Turkey was 2368.46 thousand tons, the average nitrogen oxide value was 845.75 thousand tons, the average PM₁₀ value was 294.56 thousand tons, the average PM_{2.5} value was 202.21 thousand tons, the average carbon monoxide value was 2530.17 thousand tons, and the average non-methane volatile organic compounds value was 1095.08 thousand tons. In Turkey, the average of all pollutants in 2019 was found to be 1,852 cases. In addition, it was found that the average loss of work days due to PM_{2.5} in the 20-65 age group is 282 thousand 193 days. When the health cost caused by air pollution in Turkey in 2019 is examined, it has been found that death from all pollutants has a minimum cost of 2 billion 598 million Turkish Liras, and a maximum cost of 5 billion 420 million Turkish Liras. In Turkey, the total health cost caused by air pollution originating from the power plant in 2019 was found to be a minimum of 25 billion 845 million Turkish Liras, and the maximum health cost to be 52 billion 492 million Turkish Liras. In all affected regions, the average number of deaths from all pollutants was 4,818. It has been determined that the average loss of working days in individuals aged 20-65 is 1 million 480 thousand. When the health cost of air pollution caused by air pollution in all affected regions is examined, it is found that death creates a minimum health cost of 4 billion 730 million Turkish Liras, and a maximum health cost of 10 billion 3 million Turkish Liras. The total health cost due to air pollution in all affected regions was found to be a minimum of 47 billion 314 million Turkish liras, and a maximum of 98 billion 494 million Turkish liras.

Conclusion and Discussion:

Air pollution negatively affects all living, and non-living beings, and the ecological balance. Pollution affects not only the region where it occurs, but also all over the world. This effect brings with it the burden of health expenditures. It has been stated in studies that 30 thousand – 45 thousand deaths in Turkey can be prevented if the standards set by the World Health Organization are met (ÇİSİP, 2022; Taşbaşı, 2022). In the study of Dağ and Kızılkaya, it was found that CO₂ emissions increase health expenditures (Dağ and Kızılkaya, 2021). In the study of Değirmenci and Yavuz, it was found that air pollution affects health expenditures, and economic growth, and it was stated that the environment should be taken into account for the control of health expenditures (Değirmenci and Yavuz, 2021). In Dumrul's study, it was determined that environmental pollution increases health expenditures (Dumrul, 2019). In the study of Karasoy and Demirtaş, it was found that air pollution increases health expenditures, and creates a burden, supporting the findings (Karasoy, and Demirtaş, 2018). In the study of Tağıl and Menteşe, a positive relationship was determined between air pollution, and hospital admissions due to respiratory tract diseases (Tağıl and Menteşe, 2012). As a result, it has been found that air pollution affects both economic growth, and health expenditures. It is recommended that policy makers take more stringent measures together with global cooperation, and that more effective, and faster solutions are sought in compliance with standards. In addition, it is recommended to increase incentives in the use of renewable energy sources, to raise public awareness, and to increase research on this subject.

1. GİRİŞ

Sanayi ve teknoloji alanındaki gelişmelerle birlikte endüstriyel faaliyetlerdeki artış, hava kalitesindeki değişimleri de beraberinde getirmektedir. Yaşamımız için gerekli olan kaynaklardan biri olan havanın temiz olması, sağlıklı bir toplumu ve beraberinde sürdürülebilir bir ekonomiyi getirecektir.

Hava kirliliği, havanın doğal bileşiminin, ısınma, yakıt, endüstriyel faaliyetler, plansız kentleşme vb. nedenlerle bozulmasıdır. Hava kirliliği eğer önlenemezse tüm canlılara ve ekolojik dengeye zarar verecektir (Erdoğan, 2021; İstanbul Hava Kalitesi İzleme Merkezi, 2022). Hava kirliliği sonucunda solunum fonksiyonlarında bozulma, solunum sistemi rahatsızlıklarında artış, kalp rahatsızlıklar, kanser ve erken ölüm görülebilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2022). Hava kirliliği dünya nüfusunun %92'sini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) belirlediği hava kirliliği limitlerine bakıldığında PM_{2,5} için yıllık 5 µg/m³, PM₁₀ için yıllık 20 µg/m³, NO₂ için yıllık 10 µg/m³, SO₂ için günlük 40 µg/m³, O₃ için yoğun dönemde 60 µg/m³ ve CO için günlük değer 4 µg/m³ olarak belirlenmiştir (İklim Haber, 2022). Çevre İklim ve Sağlık İçin İş Birliği Projesi için yapılan bir araştırmada Türkiye'de 2019 yılında 31 bin 476 ölümün hava kirliliği nedeniyle gerçekleştiği ve DSÖ'nün belirlediği hava kirliliği limitine indirilebilseydi bu durumun önenebileceği tespit edilmiştir (ÇİSİP, 2022).

Gelişmiş, güçlü bir ekonomi için toplumun sağlıklı olması gerekmektedir. Sağlık harcamaları ise toplumun sağlıklı olması ve kalabilmesi için yapılan tüm harcamaları ifade etmektedir (Akın, 2007; Giray ve Çimen, 2018; Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022). Türkiye'de sağlık harcamalarının çoğunluğu kamu tarafından sağlanmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Yapılan sağlık harcamalarındaki artış ise kamuya bir yük getirmektedir (Akın, 2007). Hava kirliliğinin artması ile ortaya çıkan rahatsızlıklar ise kamunun sağlık harcamalarına daha fazla bütçe ayırmasına neden olmaktadır. Bu durum ise doğrudan ekonomiyi etkileyebilmektedir (Değirmenci ve Yavuz, 2021). Yapılan çalışmalarda çevre kirliliğinin sağlık harcamalarını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (Dumrul, 2019). Dolayısıyla bu çalışmada hava kirliliği ve sağlık harcamaları ele alınmaktadır.

2. HAVA KİRLİLİĞİ

Hava kirliliği, atmosferde bulunan gaz, su buharı, duman, toz gibi kirlenici etkisi olan faktörlerin çevre ve sağlık açısından zararlı bir düzeye gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Bayram, Dörtbudak, Fişekçi, Kargın ve Bülbül, 2006; Çakır Sümer, 2014). Hava kirliliğine volkan, toz, orman yangını gibi doğal nedenlerin dışında insan faaliyetleri sonucu oluşan yapay nedenlere de sebep olmaktadır. Yapay nedenler kısaca endüstri tesisleri, konutlarda ısınma amaçlı tüketilen kaynaklar ve motorlu taşıtlardan oluşmaktadır (Engin, 1989; Yaşar ve Şevik, 2003; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011). Hava kirliliğinde özellikle SO₂ (kükürt dioksit), PM (partiküler madde), NO_x (azot oksitleri) ve O₃ (ozon) gibi kirlenicilerden bahsedilmektedir.

Kükürt Dioksit (SO₂): Kükürt dioksit, renksiz, asidik, yanıcı olmayan ve parlamayan bir gaz türüdür. Endüstriyel prosesler (kömür yakıtlı santraller vb.), ısınma amaçlı evsel yakıt tüketimi ve dizel yakıtlı araçlar tarafından ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda akciğer enfeksiyonlarına, çocuk ve yetişkinlerde astıma neden olabilmektedir (Soysal ve Demiral, 2007; Özdemir, 2008; Demirarslan ve Akıncı, 2016; Sağlıkım Web Sitesi, 2022).

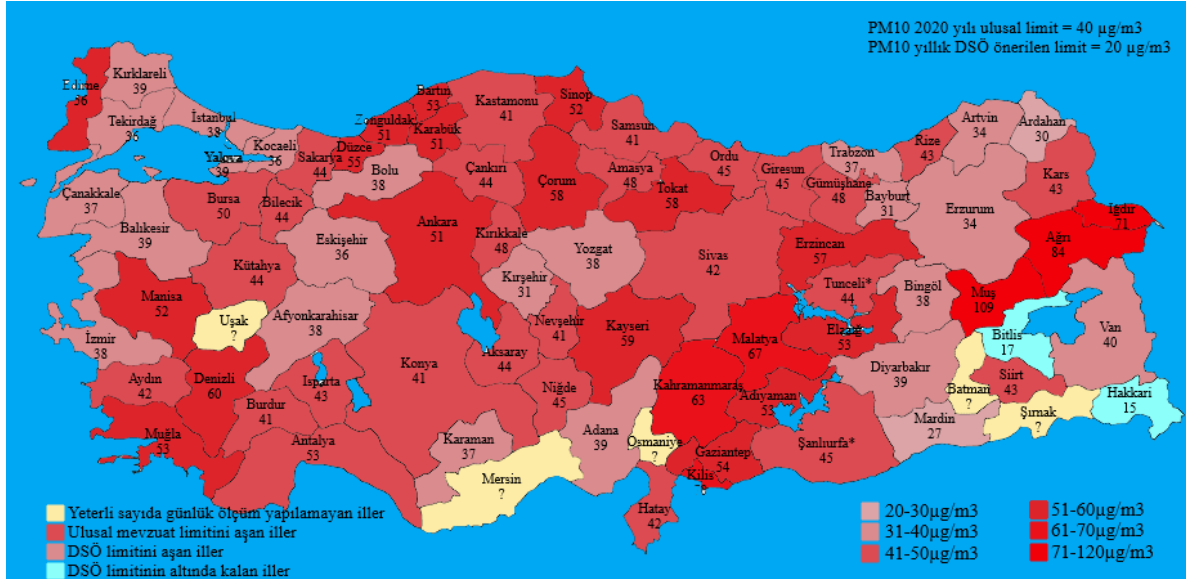
Partiküler Madde (PM): Partiküler maddeler, organik ve inorganik parçacık karışımında olan, havada yayılan küçük tanecikli yapıda katı veya sıvı partiküllerdir. Boyutlarına göre PM₁₀ (kaba partiküller) ve PM_{2,5} (ince partiküller) olarak ayrılmaktadır. Partiküler maddeler içerisinde bulundukları kanserojen kimyasallar nedeniyle sağlığı tehdit etmektedir (Özdemir, 2008; Özdemir, Borucu, Demir, Yiğit ve Ak, 2010; Altunok ve Eskiocak, 2020; Sağlıkım Web Sitesi, 2022).

Azot Oksitleri (NO_x): Havanın %78'i azottan oluşmaktadır. Azot oksit, havadaki azotun yanması ile oluşmaktadır. Yanma işlemi gerçekleştiren en önemli iki kaynak motorlu taşıtlar ve termik santrallerdir. Azot oksitler onlarca yıl havada kalabilmektedir. Solunum yollarının en uç noktalarına kadar ulaşabilmesi, burada olumsuz etkilere neden olmaktadır (Aksay, Ketenoğlu ve Kurt, 2005; İlkılıç ve Behçet, 2006; Avrupa Çevre Ajansı, 2013; Sağlıkım Web Sitesi, 2022).

Ozon (O₃): Stratosfer katmanında bulunan ozon, güneşten gelen morötesi ışınlardan korumaktadır. Fakat troposferde bulunan ozon ikincil bir kirlenici türüdür. O₃, azot oksitler, hidrokarbonlar ve karbonmonoksit gibi insan kaynaklı emisyonların kimyasal değişimi sonucu ortaya çıkmaktadır. O₃, insan sağlığına ve doğaya zarar veren bir kirlenicidir (Aksay vd, 2005; Özcan, Şahin, Bayat ve Uçan, 2006; Avrupa Çevre Ajansı, 2013; Sağlıkım Web Sitesi, 2022).

Hava kirliliği Londra ve Los Angeles tipi olarak ikiye ayrılmaktadır. Londra tipi hava kirliliğinde SO₂ ve H₂SO₄ (sülfirik asit) oluşmaktadır. Bronşit ve astım hastalıklarına sebep olmaktadır. 1952 yılında Londra’da kalın sis ve duman tabakası iki haftada 4.000 kişinin ölümüne neden olmuştur. Los Angeles tipi hava kirliliği ise gazlarla ilgili bir kirlilik tipidir ve özellikle trafiğin yoğun olduğu Los Angeles’ta okyanustan gelen sisin, egzoz gazının karışımıyla ortaya çıkmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Çevre Sağlığı, 2011; Zencirci ve Işıklı, 2017).

Bir insan yaşamı boyunca yaklaşık 250 milyon litre hava solunmaktadır. Bu nedenle solunan havanın kalitesi, içerdiği etkenler sağlığı için oldukça önemlidir. Kirliliğe maruz kalan bireyler akciğer ve solunum yolu hastalıklarına, merkezi sinir sistemi problemlerine sahip olabilmektedir. Bu durum ayrıca ölüm oranlarını arttırmakta, yaşam kalitesi ve süresini azaltmakta ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 verilerine göre çevresel risk sıralamasında hava kirliliği ilk sırada yer almakta ve her on kişiden, dokuzunu etkilemektedir. (Karasoy ve Demirtaş, 2018; Altunok ve Eskiocak, 2020; Congar ve Samar, 2020; Dağ ve Kızılkaya, 2021).

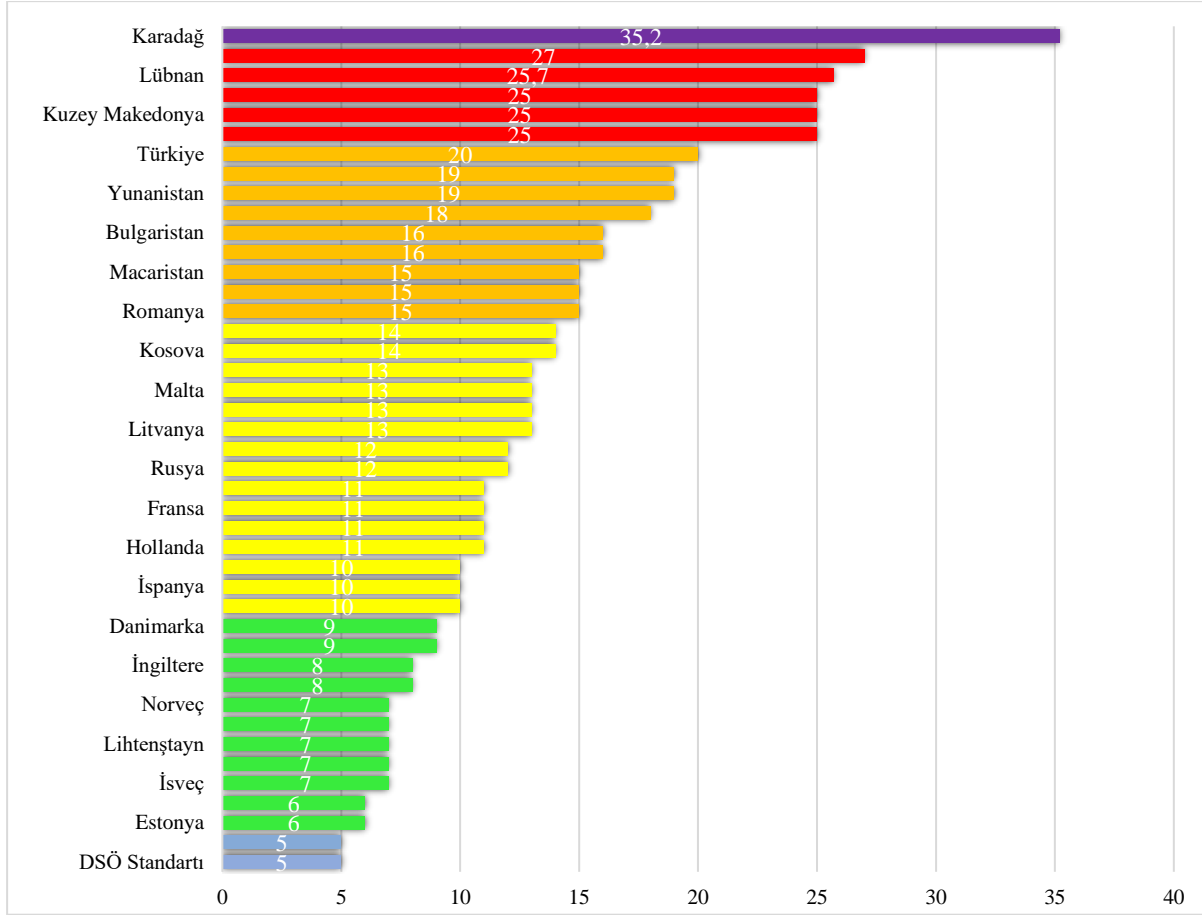


*Yıl boyunca %90 ve üzeri veri olmadığı için %75 ve üzeri yapılan ölçümlerin ortalaması alınmıştır.

Şekil 1. 2020 Yılı Türkiye Hava Kalitesi Durumu (PM₁₀)

Kaynak: Temiz Hava Hakkı Platformu, 2021

Temiz Hava Hakkı Platformu’nun 2020 yılında yayınladığı Kara Rapor’da Türkiye’nin 2020 yılı hava kalitesi verileri şekil 1.1.’de verilmiştir. Buna göre Bitlis ve Hakkari, DSÖ limitinin (20 µg/m³) geçilmediği iki ili oluşturmaktadır. 24 ilde ulusal limitin (40 µg/m³) altında yer almaktadır. Batman, Mersin, Osmaniye, Uşak ve Şırnak illerinde yeterli sayıda ölçüm yapılamamıştır.



Şekil 2. 2021 Yılı Avrupa Ülkeleri Hava Kalitesi Sıralaması (PM2,5)

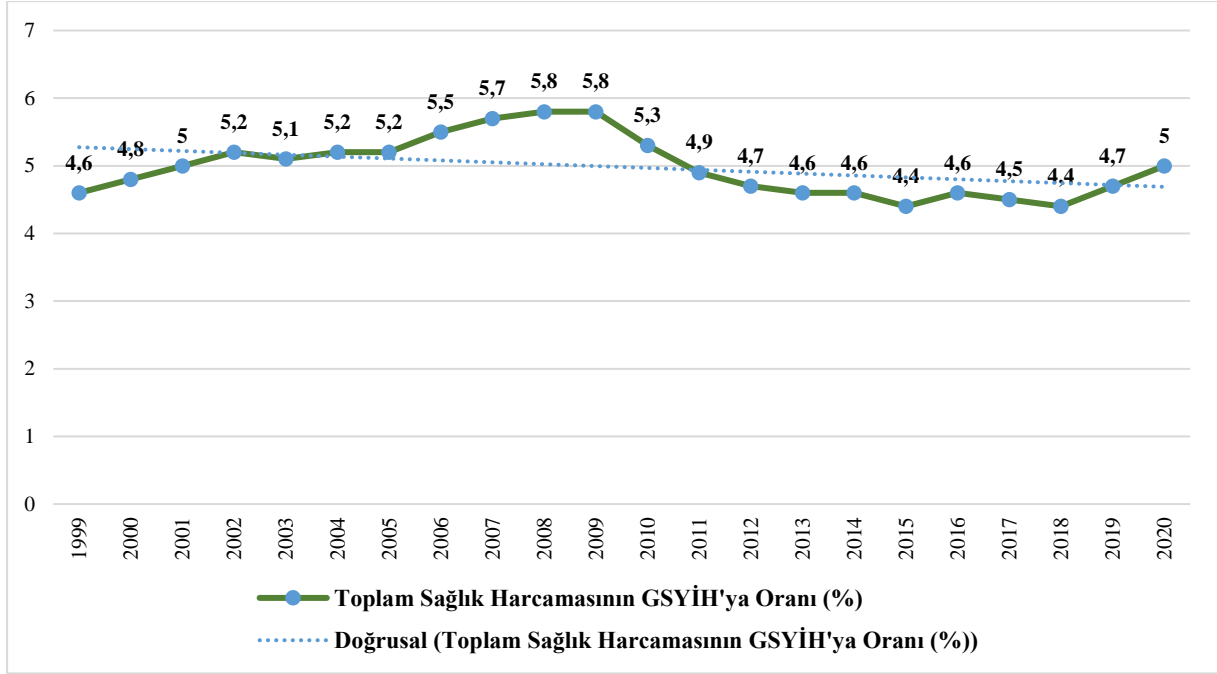
Kaynak: Euronews, 2022

2021 yılı Avrupa ülkeleri PM_{2,5} hava kalitesi sıralaması şekil 1.2.'de verilmiştir. Buna göre Türkiye, Avrupa kirlilik sıralamasında 20 µg/m³ ile yedinci sırada yer almaktadır. DSÖ'nün belirlediği 5 µg/m³ limitine ulaşan tek ülke ise Finlandiya olmuştur. Kirliliğe kısa dönem maruz kalan bireyler alt ve üst solunum yolları enfeksiyonları yaşayabilmektedir. Uzun dönem hava kirliliğine maruz kalan bireylerde ise ciddi solunum rahatsızlıkları ve akciğer kanseri görülmektedir (Tağıl ve Mentşe, 2012; Okan, 2017).

3.SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık harcamaları, aşılama, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlığın korunması için yapılan ve sağlığın tekrar kazanılması için yapılan tüm harcamaları ifade etmektedir (Filiz, 2010). Bir ülkenin gelişmişlik ve kalkınmışlık seviyesi, sağlık harcamalarına göre belirlenebilmektedir. Bu yüzden sağlık harcamaları ekonomik büyümeyle de ilişkili bir kavramdır (Korkmaz ve Yılmaztürk, 2011; Giray ve Çimen, 2018).

Gelişmiş bir ekonomi ve sürdürülebilir bir kalkınma için sağlıklı bir toplum gereklidir (Başar, Künü ve Bozma, 2016). Bir toplumun sağlık düzeyini, bebek ve çocuk ölüm oranları, ortalama yaşam süresi, sağlık sistemine ilişkin göstergeler, ölüm nedenleri ve hastalık türleri etkilemektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009). Ülkelerdeki gelişmişlik seviyesi yükseldikçe yapılan sağlık harcamalarının, kamu harcamaları içindeki payının da yükselmesi beklenmektedir (Başar vd., 2016).



Şekil 3. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya Oranı

Kaynak: TÜİK, 2021’den uyarlanmıştır.

Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerden biri de ülkenin tercih etmiş olduğu sağlık sistemi modelidir. Türkiye’de tercih edilen sağlık sistemi modeli Genel Sağlık Sigortası’dır. Genel Sağlık Sigortası’nın amacı düşük gelire sahip vatandaşları, yüksek sağlık harcamalarına karşı korumaktır (Bostancı, 2008; Daştan ve Çetinkaya, 2015). Sağlık harcamalarının finansı genellikle kamu tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu durum sağlık harcamalarında devlete bir yük getirmektedir (Akın, 2007). Yukarıdaki şekilde Türkiye’de 1999-2020 yılları arasında yapılan sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı verilmiştir. Grafikte 2009 – 2015 yılları arasında düşüş görülmektedir. Son üç yılda ise sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı tekrar artmaktadır.

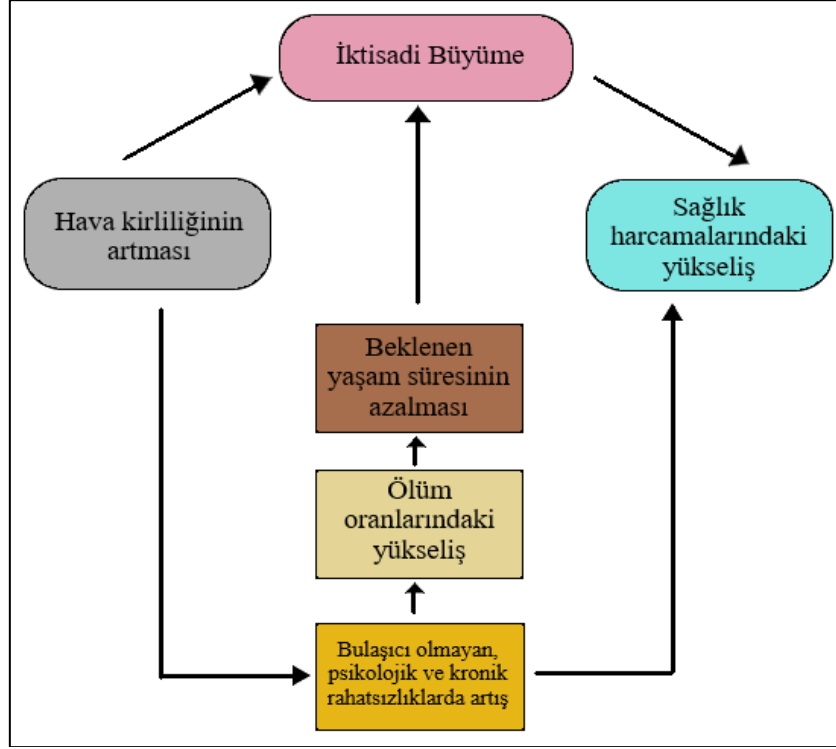
Sağlık harcamalarını etkileyen diğer faktörler ise, kişi başına düşen gelir artışı, eğitim ve sağlık bilincinin yükselmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler, şehirleşme, beklenen yaşam süresinin artması, toplumsal düzende meydana gelen değişimlerdir (Akın, 2007; Filiz, 2010). Teknolojik gelişmeler ve plansız şehirleşme ise endüstriyel faaliyetlerin artışına ve gerekli önlemler alınmaması durumunda hava kirliliğine neden olacaktır.

4. HAVA KİRLİLİĞİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Hava kalitesi açık ve kapalı alan olmak üzere ikiye ayrılarak incelenmektedir. Kapalı alan hava kalitesi, çalışma ortamı ve işgücü üzerindeki olumsuz etkilerine yoğunlaşmaktadır. Açık alan hava kalitesi ise hava kirliliği olarak adlandırılmakta ve tüm canlıların yaşamını olumsuz etkilemektedir (Okan, 2017; Avrupa Çevre Ajansı, 2021). Hava kirliliği, insan sağlığı üzerinde önemli etkilere sahiptir. Astım, alerji, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kanser başlıca etkileridir. Özellikle 5 yaş altı çocuklar, kronik hastalar ve yaşlılar hava kirliliğine karşı daha savunmasızdır. Ayrıca hava kirlenmesi sonucu bireylerde stres gibi psikolojik sorunlarda görülmektedir. Bireylerin stres düzeyleri artmakta ve bu durum toplumsal gerilime yol açmaktadır. Chicago Üniversitesinde yapılan bir çalışmada hava kirliliğinin yüksek olduğu ülkelerde bipolar bozukluk ve majör depresyonun hava kalitesinin temiz olduğu ülkelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Genç, 1989; Baynes, 2019; Türk Tabipleri Birliği, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022).

Hava kirliliği, piyasa maliyetlerini etkileyeceğinden sağlık harcamalarını da etkilemektedir (Karasoy ve Demirtaş, 2018). Toplumun sağlıklı olması ise ekonomik büyümeyi süreklileştirecektir (Dumrul, 2019). Hava kirliliğinin

artması sonucunda kamu sağlık harcamalarında da artış olacaktır. Bu durum ise ülke ekonomisini doğrudan etkileyecektir (Değirmenci ve Yavuz, 2021). Dolayısıyla hava kirliliği, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları birbirine bağlı kavramlar olarak ele alınmalıdır (Şahin ve Durmuş, 2019).



Şekil 4. Hava Kirliliğinin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Kaynak: Özmen, Mucuk, Özcan ve Gerçekler, 2019'dan uyarlanmıştır.

Şekil 1.4'te hava kirliliğinin, sağlık harcamaları üzerindeki etkisi gösterilmektedir. Buna göre artan hava kirliliği sonucunda oluşan hastalıklar sebebiyle yaşanan erken ölümler ve iş gücü kayıpları iktisadi büyümeyi olumsuz etkileyecektir. Hava kirliliği nedeniyle toplumda artan hastalıkların kamu sağlık harcamaları üzerinde oluşturacağı yükte, sağlık harcamalarını doğrudan etkileyecektir.

5. YÖNTEM

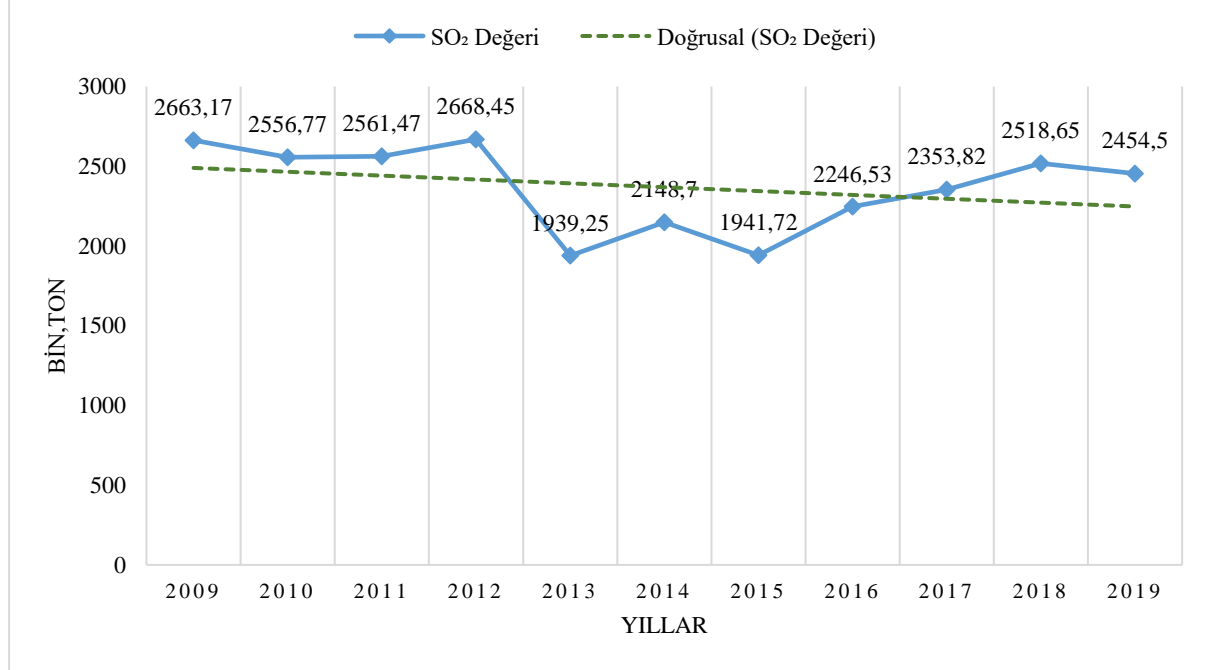
Hava kirliliği, yaşam kalitesinin azalmasından, sağlık harcamalarının artmasına; üretkenlik kaybından, gelir kayıplarına kadar birçok soruna yol açmaktadır (Dağ ve Kızılkaya, 2021). Hava kirliliği kaynaklı yaşanan rahatsızlıklar ve ölümler gerekli düzenlemelerle birlikte önlenmektedir. Türkiye'de hava kirliliğinin önlenmesi ile yılda yaklaşık 45 bin erken ölümün önüne geçilebileceği belirtilmektedir (Taşbaşı, 2022).

Bu çalışmada Türkiye'de hava kirliliğine neden olan faktörlerin 2009-2019 yılları içerisindeki değişimi ve 2019 yılında hava kirliliğinden etkilenen bölgelerde, hava kirliliğinin sağlığa etkisi ve maliyeti incelenmiştir. Çalışma verileri OECD (İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı) verilerinden ve HEAL (Sağlık ve Çevre Birliği) 2021 raporundan toplanmıştır.

6. BULGULAR

Bulgular, OECD İstatistik tarafından sağlanan 2009-2019 yılları arasındaki hava kirliliğine etki eden faktörlerin değişiminden ve HEAL 2021 yılı hava kirliliği kaynaklı sağlık harcamaları maliyetlerinden oluşmaktadır.

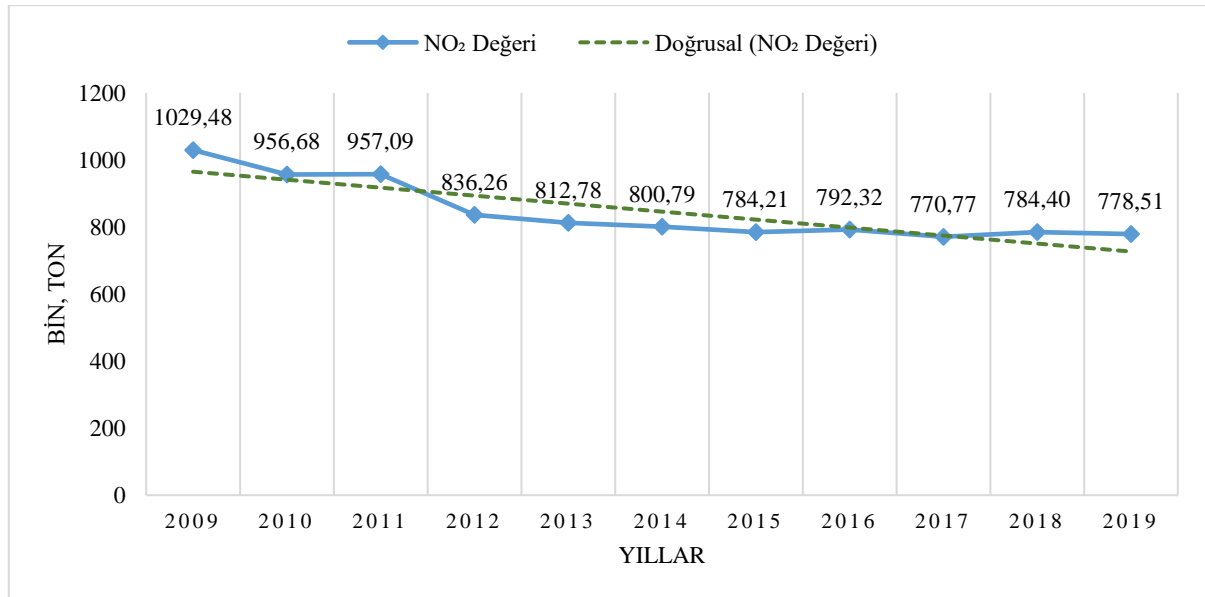
Araştırmada veriler grafik ve tablo haline getirilerek yorumlanmaktadır



Şekil 5. 2009-2019 Yılları Arasında Türkiye'deki Kükürt Oksit Değeri Değişimi

Kaynak: OECD Statistics, 2022'den uyarlanmıştır.

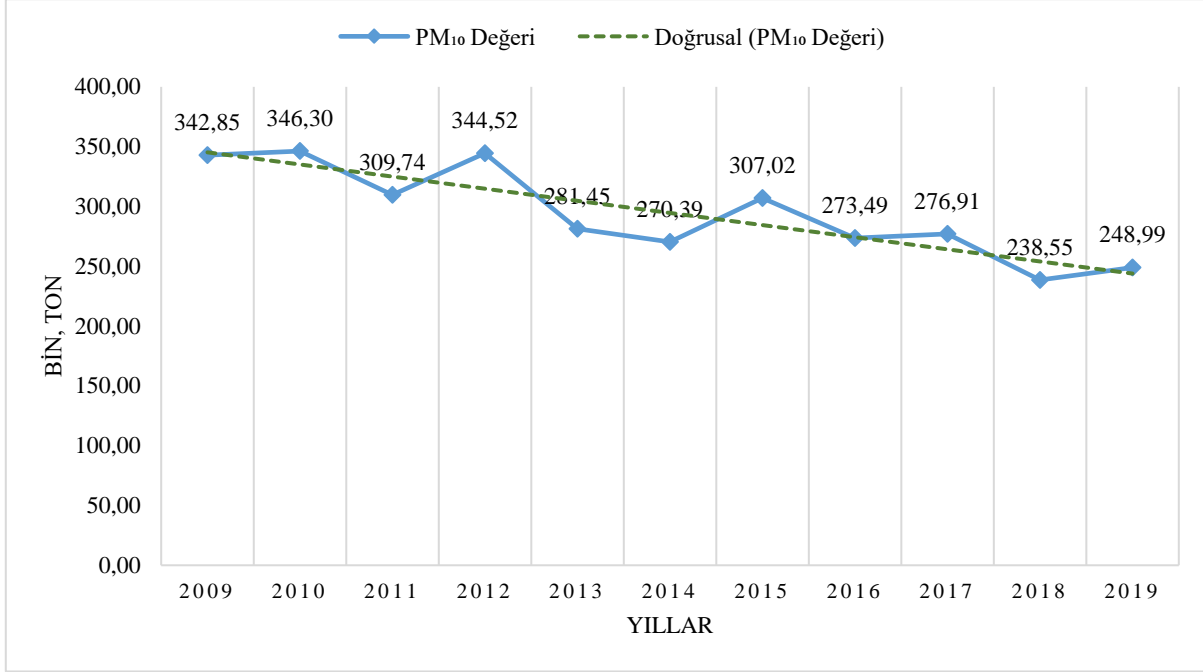
Kükürt oksit değerlerinin Türkiye'de yıllar içindeki değişimi incelendiğinde aşağı yönlü bir eğilim görülmektedir. En yüksek değer 2668,45 bin ton ile 2012 yılında görülmüştür. En düşük değer ise 2013 yılında 1939,25 bin ton olarak bulunmuştur. 2009-2019 yılları arasındaki ortalama kükürt oksit değeri ise 2368,46 bin ton olarak verilmektedir.



Şekil 6. 2009-2019 Yılları Arasında Türkiye'deki Azot Oksit Değeri Değişimi

Kaynak: OECD Statistics, 2022'den uyarlanmıştır.

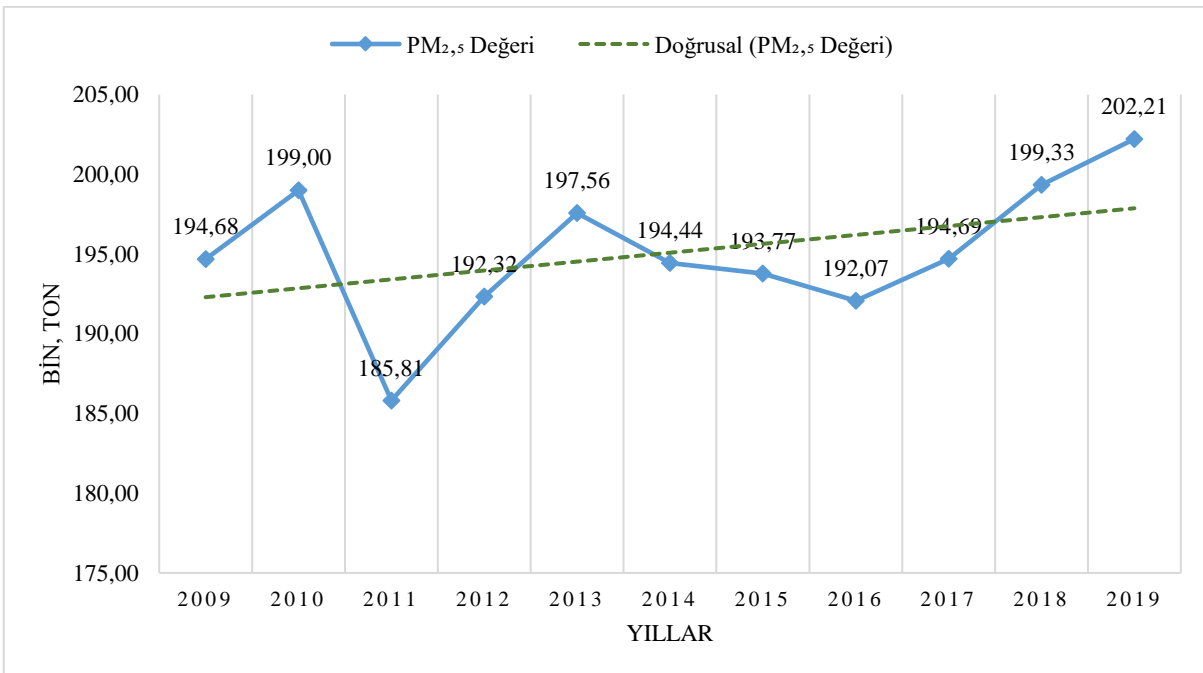
Türkiye’de 2009-2019 yılları arasındaki azot oksit değerleri incelendiğinde aşağı yönlü bir eğilim görülmektedir. En düşük değer 800,79 bin ton olarak 2014 yılında görülürken en yüksek değer ise 2009 yılında 1029,48 bin ton olmuştur. 2009-2019 yılları arasındaki ortalama azot oksit değeri 845,75 bin ton bulunmuştur.



Şekil 7. 2009-2019 Yılları Arasında Türkiye’deki Partiküller (PM₁₀) Değeri Değişimi

Kaynak: OECD Statistics, 2022’den uyarlanmıştır.

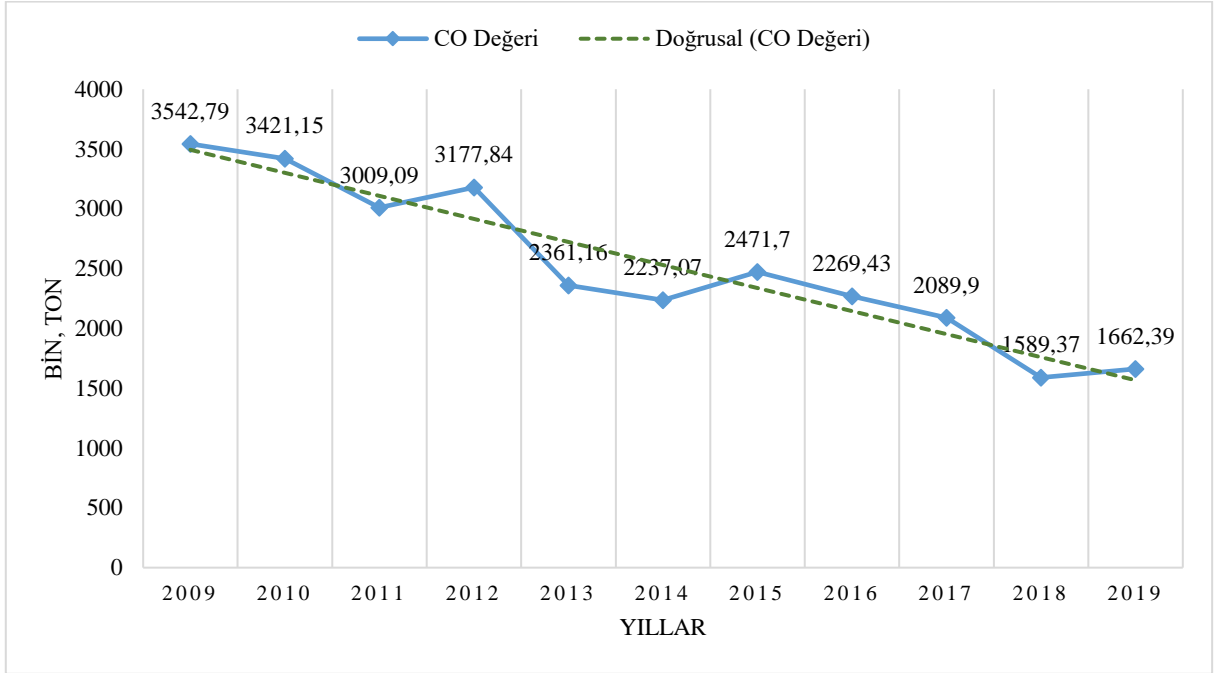
Partiküller (PM₁₀) değerlerine bakıldığında aşağı yönlü bir eğilim görülmekle birlikte en yüksek değere 2012 yılında 344,52 bin ton ile ulaşılmıştır. En düşük değer ise 238,55 bin ton ile 2018 yılında görülmektedir. 2009-2019 yılları arasındaki ortalama PM₁₀ değeri 294,56 bin ton olarak bulunmuştur.



Şekil 8. 2009-2019 Yılları Arasında Türkiye’deki Partiküller (PM_{2,5}) Değeri Değişimi

Kaynak: OECD Statistics, 2022’den uyarlanmıştır.

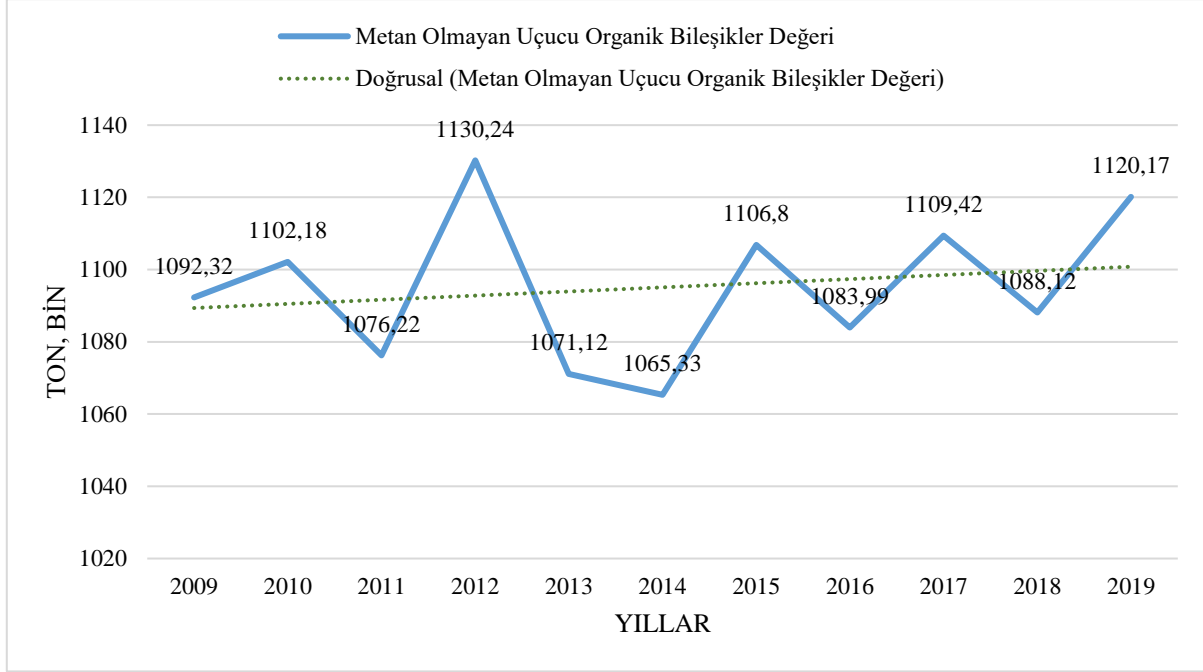
Partiküllerin (PM_{2,5}) 2009-2019 yılları arasındaki değişimi incelendiğinde ise değerin yükselme eğiliminde olduğu görülmektedir. 2011 yılında en düşük değere (185,81 bin ton) ulaşılmıştır. En yüksek değer ise 2019’dadır (202,21 bin ton). 2009-2019 yılları arasındaki ortalama PM_{2,5} değeri 195,08 bin ton olarak saptanmıştır.



Şekil 9. 2009-2019 Yılları Arasında Türkiye’deki Karbonmonoksit Değeri Değişimi

Kaynak: OECD Statistics, 2022’den uyarlanmıştır.

Karbonmonoksit değişimleri incelendiğinde aşağı yönlü bir eğilim görülmektedir. En yüksek değer 3542,79 bin ton ile 2009 yılında, en düşük değer ise 1662,39 bin ton ile 2019’da görülmüştür. Ortalama karbonmonoksit değeri 2009-2019 yılları arasında 2530,17 bin ton olarak saptanmıştır.



Şekil 10. 2009-2019 Yılları Arasında Türkiye’deki Metan Olmayan Uçucu Organik Bileşikler Değeri Değişimi

Kaynak: OECD Statistics, 2022’den uyarlanmıştır.

Metan olmayan uçucu organik bileşiklerin 2009-2019 yılları arasındaki değerleri incelendiğinde yukarı yönlü bir eğilim görülmektedir. En düşük değer 2014 yılında 1065,53 bin tondur. En yüksek değer ise 2012 yılında 1130,24 bin ton olarak görülmektedir. Metan olmayan uçucu organik bileşikleri 2009-2019 yılları arasındaki ortalama değeri 1095,08 bin tondur.

Tablo 1. Santrallerin Yarattığı Hava Kirliliğinin Etkilenen Tüm Bölgelerdeki Toplam Sağlık Etkileri, 2019

Sağlık Etkisi	Hastalık Yüğü (ortalama)
Tüm Kirleticilerden Kaynaklı Ölüm Vakası	4.818 vaka
PM _{2,5} Kaynaklı Erken Doğum Vakası	3.070 vaka
PM ₁₀ Kaynaklı Yetişkinlerde Kronik Bronşit İnsidansı (Yeni Vaka)	3.230 yeni vaka
PM _{2,5} , NO ₂ ve Ozon Kaynaklı Solunum Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru Sayısı	3.032 hastane başvurusu
PM _{2,5} ve Ozon Kaynaklı Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru Sayısı (Felç Dâhil)	2.632 hastane başvurusu
PM _{2,5} ve NO ₂ Kaynaklı Astım Hastası Çocuklarda Astım ve Bronşit Belirtileri Gösterilen Gün	237.037 gün
PM _{2,5} Kaynaklı İş Günü Kaybı (20-65 Yaş)	1.480.000 gün
PM _{2,5} Kaynaklı Hasta Geçirilen Gün (20 Yaş Altı ve 65 Yaş Üstü)	11.300.000 gün

Kaynak: HEAL, 2021’den uyarlanmıştır.

Santrallerin yarattığı hava kirliliklerinden etkilenen bölgelerde, 2019 yılında yaşanan sağlık etkileri tablo 1’de gösterilmektedir. Buna göre tüm kirletici unsurların yarattığı ölüm vakası ortalama 4.818’dir. PM_{2,5} kaynaklı erken doğum vakası ortalama 3.070 bulunmuştur. PM₁₀ kaynaklı bronşitten etkilenen yetişkinlerde kronik bronşit insidansı 3.230 yeni vaka olarak bulunmuştur. PM_{2,5}, NO₂ ve ozon kirleticilerinin oluşturduğu solunum hastalıklarına bağlı hastaneye başvuru sayısı ise ortalama 3.032 olmuştur. PM_{2,5} ve ozon kaynaklı felç dahil kalp damar hastalıklarına bağlı hastaneye başvuru sayısı ise ortalama 2.632 olarak bulunmuştur. PM_{2,5} ve NO₂ kaynaklı astım hastası çocuklarda astım ve bronşit belirtileri gösterilen gün sayısı 237.037’dir. PM_{2,5} kaynaklı 20-65 yaş arasındaki bireylerin iş günü kaybı 1.480.000 iken 20 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylerin hasta olarak geçirdiği gün sayısı ortalama 11.300.000 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Santrallerin Yarattığı Hava Kirliliğinin Sadece Türkiye'deki Sağlık Etkileri, 2019

Sağlık Etkisi	Hastalık Yüğü (ortalama)
Tüm Kirleticilerden Kaynaklı Ölüm Vakası	1.852 vaka
PM _{2,5} Kaynaklı Erken Doğum Vakası	1.345 vaka
PM ₁₀ Kaynaklı Yetişkinlerde Kronik Bronşit İnsidansı (Yeni Vaka)	1.452 yeni vaka
PM _{2,5} , NO ₂ ve Ozon Kaynaklı Solunum Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru Sayısı	102.922 hastane başvurusu
PM _{2,5} ve Ozon Kaynaklı Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru Sayısı (Felç Dâhil)	1.490 hastane başvurusu
PM _{2,5} ve NO ₂ Kaynaklı Astım Hastası Çocuklarda Astım ve Bronşit Belirtileri Gösterilen Gün Sayısı	1.209 gün
PM _{2,5} Kaynaklı İş Günü Kaybı (20-65 Yaş)	282.193 gün
PM _{2,5} Kaynaklı Hasta Geçirilen Gün (20 Yaş Altı ve 65 Yaş Üstü)	5.163.216 gün

Kaynak: HEAL, 2021’den uyarlanmıştır.

Tablo 2’de Türkiye’de 2019 yılında, santrallerin yarattığı hava kirliliğinden oluşan sağlık etkileri verileri verilmektedir. Buna göre Türkiye’de 2019 yılında tüm kirleticilerden kaynaklı ölüm vakası ortalama 1.852’dir. PM_{2,5} kaynaklı erken doğum vakası ortalama 1.345 olarak saptanmıştır. PM₁₀ kaynaklı yetişkinlerde kronik bronşit insidansı ortalama 1.452 yeni vaka olarak bulunmuştur. PM_{2,5}, NO₂ ve ozon kaynaklı solunum hastalıklarına bağlı hastaneye başvuru sayısı ise ortalama 102.922 olarak tespit edilmiştir. PM_{2,5} ve ozon kaynaklı felç dahil kalp damar hastalıklarına bağlı hastaneye başvuru sayısı ise ortalama 1.490 olarak bulunmuştur. PM_{2,5} ve NO₂ kaynaklı astım hastası çocuklarda astım ve bronşit belirtileri gösterilen gün sayısı ortalama 1.209’dur. PM_{2,5}, NO₂ ve ozon kaynaklı solunum hastalıklarına bağlı hastaneye başvuru sayısı 1.490 olarak bulunmuştur. 20-65 yaş arası bireylerin PM_{2,5} kaynaklı yaşadığı iş günü kaybı ortalama 282.193 gündür. 20 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylerin PM_{2,5} kaynaklı hasta olarak geçirdiği gün sayısı ise ortalama 5.163.216 olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Santrallerin Yarattığı Hava Kirliliğinin Etkilenen Tüm Bölgelerdeki Toplam Sağlık Maliyeti, 2019

Sağlık Etkisi	Asgari	Azami
Tüm Kirleticilerden Kaynaklı Ölüm Vakası	4.730	10.003
PM _{2,5} Kaynaklı Erken Doğum Vakası	65	142
PM ₁₀ Kaynaklı Yetişkinlerde Kronik Bronşit İnsidansı (Yeni Vaka)	45	201

PM _{2,5} , NO ₂ ve Ozon Kaynaklı Solunum Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru	0	5
PM _{2,5} ve Ozon Kaynaklı Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru (Felç Dahil)	0	4
PM _{2,5} ve NO ₂ Kaynaklı Astım Hastası Çocuklarda Bronşit Belirtileri Gösterilen Gün	1	7
PM _{2,5} Kaynaklı İş Günü Kaybı (20-65 Yaş)	41	55
PM _{2,5} Kaynaklı Hasta Geçirilen Gün (20 Yaş Altı ve 65 Yaş Üstü)	308	387
TOPLAM (Milyon EUR)	5.190	10.804
TOPLAM (Milyon TRY)	47.314	98.494

Kaynak: HEAL, 2021'den uyarlanmıştır.

Santrallerin yarattığı hava kirliliğinden etkilenen tüm bölgelerdeki toplam sağlık maliyeti 2019 yılı için tablo 3'te verilmiştir. Tablo 3'e göre tüm kirleticilerden kaynaklı ölüm vakaları için asgari olarak 4 milyar 730 milyon EUR maliyeti olduğu görülmektedir. Kirliliklerin sağlık harcamalarına maliyeti asgari olarak; erken doğum için 65 milyon, yetişkinlerde kronik bronşit için 45 milyon, astım hastası çocuklarda bronşit için 1 milyon EUR'dur. 20-65 yaş aralığındaki bireylerin iş günü kaybının sağlık harcamalarına oluşturduğu maliyet 41 milyon EUR olarak bulunmuştur. 20 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylerin hasta geçirdiği gün sayısının maliyeti 308 milyon EUR olduğu tabloda belirtilmektedir. Etkilenen tüm bölgelerdeki hava kirliliğinin sağlık maliyeti toplam asgari 5 milyar 190 milyon EUR olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Santrallerin Yarattığı Hava Kirliliğinin Sadece Türkiye'deki Sağlık Maliyeti, 2019

Sağlık Etkisi	Asgari	Azami
Tüm Kirleticilerden Kaynaklı Ölüm Vakası	2.598	5.420
PM _{2,5} Kaynaklı Erken Doğum Vakası	34	74
PM ₁₀ Kaynaklı Yetişkinlerde Kronik Bronşit İnsidansı (Yeni Vaka)		2
PM _{2,5} , NO ₂ ve Ozon Kaynaklı Solunum Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru	0	3
PM _{2,5} ve Ozon Kaynaklı Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Hastaneye Başvuru (Felç Dâhil)	0	3
PM _{2,5} ve NO ₂ Kaynaklı Astım Hastası Çocuklarda Bronşit Belirtileri Gösterilen Gün	0	0
PM _{2,5} Kaynaklı İş Günü Kaybı (20-65 Yaş)	11	15
PM _{2,5} Kaynaklı Hasta Geçirilen Gün (20 Yaş Altı ve 65 Yaş Üstü)	192	241
TOPLAM (Milyon EUR)	2.835	5.758
TOPLAM (Milyon TRY)	25.845	52.492

Kaynak: HEAL, 2021'den uyarlanmıştır.

Santrallerin yaratmış olduğu hava kirliliğinin Türkiye'deki sağlık maliyeti tablo 4'te verilmiştir. Buna göre tüm kirleticilerden dolayı yaşanan toplam ölüm vakasının sağlık maliyeti 2 milyar 598 milyon EUR olarak hesaplanmıştır. Diğer sağlık etkileri incelendiğinde erken doğumun 34 milyon, 20-65 yaş arasındaki iş günü kaybının 11 milyon ve 20 yaş altı – 65 yaş üstü bireylerin hasta geçirilen gün sayısının sağlık maliyeti 192 milyon

EUR olarak bulunmuştur. Türkiye’de santrallerin yaratmış olduğu hava kirliliğinin toplam sağlık maliyeti ise asgari 2 milyar 835 milyon EUR olduğu saptanmıştır.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çevre kirliliği, hızlı ekonomik büyüme ve diğer sosyal faktörlerin halk sağlığını olumsuz etkilemesi, son yirmi yılda sağlık harcamaları yükünü arttırmıştır (Usman, Ma, Zafar, Haseeb ve Ashraf, 2019). Hızlı nüfus artışı, trafik yoğunluğu ve endüstriyel faaliyetlerdeki plansızlık, kirletici faktörlerin ve çevresel risklerin artmasına neden olmaktadır (Dumrul, 2019). Çevre kirliliğinin insan sağlığı üzerindeki ciddi etkileri, ekonomik faaliyetler üzerinde de etkili olmaktadır. Dolayısıyla çevre kirliliği, ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları birbiriyle etkileşim içerisinde (Şahin ve Durmuş, 2019).

Literatürdeki konu ile ilgili çalışmalar incelenmiştir. Dağ ve Kızılkaya (2021) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’deki sağlık harcamaları CO₂ emisyonları ve ekonomik büyüme açısından incelenmiş ve CO₂ emisyonunun sağlık harcamalarını arttırdığı sonucuna varılmaktadır. Bu yüzden çevre kirliliği sorunlarıyla mücadele edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Dağ ve Kızılkaya, 2021). Değirmenci ve Yavuz (2021) tarafından yapılan “Emisyon Azaltım Sorumluluğu Olan BM Ülkelerinde Hava Kirliliği, Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi” adlı çalışmada da hava kirliliğinin, sağlık harcamalarında ve ekonomik büyümede etkisi olduğu elde edilmiştir. Bu yüzden sağlık harcamalarının kontrolü için çevrenin dikkate alınması gerektiği ifade edilmektedir (Değirmenci ve Yavuz, 2021). Dumrul’un (2019) sağlık harcamaları ve çevre kirliliği üzerine yaptığı çalışmada ekonomik büyüme ve çevre kirliliğinin sağlık harcamalarını arttırdığı bulunmuştur. Çevre kirliliğinin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi sonucu oluşacak işgücü kayıplarının ekonomik büyümenin de olumsuz etkilenmesine neden olacağı belirtilmektedir (Dumrul, 2019). Karasoy ve Demirtaş’ın (2018) sağlık harcamalarının belirleyicileri üzerine yaptığı çalışmada, hava kirliliğinde yaşanacak artışın sağlık harcamaları üzerinde büyük yük oluşturacağını belirtilmektedir (Karasoy ve Demirtaş, 2018). Okan’ın (2017) iktisadi kalkınma, hava kirliliği ve sağlık ilişkisi konulu çalışmada hava kirliliği sebebiyle kalp ve damar hastalıkları sonucu gerçekleşen ölümler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Okan, 2017). Tağıl ve Mentşe’nin (2012) Zonguldak’ta hava kirliliği ile ilişkili olarak seçilen solunum yolu hastalıklarının incelendiği çalışmada da hava kirliliği ile solunum yolu hastalıkları şikâyeti sebebiyle yapılan hastane başvuruları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Tağıl ve Mentşe, 2012).

Bu çalışmada hava kirliliği kaynaklı ortaya çıkan sağlık maliyetinin Türkiye’de asgari 25,845 milyon TL, azami 52,492 milyon TL olduğu görülmüştür. Hava kirliliğinden etkilenen tüm bölgelerde ise sağlık maliyetinin asgari 47,314 milyon TL, azami 98,494 milyon TL olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak hava kirliliği sebebiyle, hem ekonomik büyümede sıkıntılar yaşanmasının önlenmesi, hem de sağlık harcamalarının bir yük oluşturmaması için politika belirleyicilerin, çevresel konuları dikkate alması gerekmektedir. Sağlıklı bir toplum ve sürdürülebilir bir ekonomi için kirletici faktör salınımlarının olduğu belirlenen sektörlerde, standartların sağlanmasında daha caydırıcı politikaların uygulanması daha hızlı sonuç almaya fayda sağlayacaktır. Hava kirliliği sadece tek bir bölgeyi değil, tüm dünyayı etkilemektedir. Bu yüzden küresel çapta belirlenen standartların hızlı bir şekilde uygulanması ve uygulatılması için küresel işbirliği sağlanması gerekmektedir. Ayrıca hava kirliliğinin önlenmesi için yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımına yönelik teşvikler de artırılması yoluna gidilmelidir. Böylelikle sağlıklı bir toplum ve sürdürülebilir bir ekonomi sağlanmış olacaktır. Bu konudaki benzer çalışmalar ile konuya dikkat çekilmesi önerilmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Tüm yazarların katkı oranları aynıdır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar, makaleye ilişkin destek ve teşekkür beyanı belirtmemiştir.

Çatışma Beyanı: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemektedir.

KAYNAKÇA

- Akın, CS. (2007). Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye’de sağlık sektörü ve harcamaları, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Aksay, CS., Ketenoğlu, O., Kurt, T. (2005). Küresel ısınma ve iklim değişikliği, SÜ Fen Edebiyat Fakültesi Fen Dergisi, 25(2005), 29-41.
- Altunok, A., Eskiocak, M. (2020). Trakya’da partiküler madde kirliliği ve mortalite ilişkisinin değerlendirilmesi, Turk J Public Health, 18(3), 124-132.
- Avrupa Çevre Ajansı. (2021). Kapalı Mekan Hava Kalitesi, Erişim adresi: <https://www.eea.europa.eu/tr/isaretler/isaretler-2013/makaleler/kapali-mekan-hava-kalitesi>. (Erişim Tarihi: 23.06.2022).
- Avrupa Çevre Ajansı. (2022). Aldığımız Her Nefes, Erişim adresi: <https://www.eea.europa.eu/tr/isaretler/isaretler-2013/makaleler/aldigimiz-her-nefes#:~:text=Hava%20neden%20olu%C5%9Fur%3F,4%C3%BCn%C3%BC%20su%20buhar%C4%B1%20olu%C5%9Fturur>. (18.06.2022).
- Başar, S., Künü, S., Bozma, G. (2016). Eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: türkiye üzerine bir uygulama, Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2016(10), 189-204.
- Baynes, C. (2019). Hava kirliliği ruh sağlığımızı bozuyor, Independent Türkçe, Erişim adresi: <https://www.indyurk.com/node/63636/bilim/hava-kirliligi%C4%9Fi-ruh-sa%C4%9F1%C4%B1%C4%9F%C4%B1m%C4%B1z%C4%B1-bozuyor>. (20.07.2022).
- Bayram, H. (2005). Türkiye’de hava kirliliği sorunu: nedenleri, alınan önlemler ve mevcut durum, Toraks Dergisi, 6(2), 159-165.
- Bayram, H., Dörtbudak, Z., Fişekçi, FE., Kargın, M., Bülbül, B. (2006). “Hava kirliliğinin insan sağlığına etkileri, dünyada, ülkemizde ve bölgemizde hava kirliliği sorunu” paneli ardından, Dicle Tıp Dergisi, 33(2), 105-112.
- Bostancı, Y. (2008). Sosyal güvenlik hukukunda genel sağlık sigortası, Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 16(1), 145-173.
- Congar K., Samar K. (2020). İnsanlığı Tehdit Eden En Büyük 10 Tehlike, Erişim adresi: <https://tr.euronews.com/2020/03/25/insanligi-tehdit-eden-en-buyuk-10-tehlike>. (17.06.2022).
- Çalışkan, G., Sanisoğlu, SY. (2022). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin dinamik panel veri analizi ile incelenmesi, Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 2022(35), 1-15.
- ÇİSİP (Çevre İklim ve Sağlık İçin İş Birliği Projesi). (2022). Hava Kirliliğinin Sağlık Etkileri, Erişim adresi: https://www.env-health.org/wp-content/uploads/2022/03/Hava_Kirliligi_Bilgi_Notu.pdf (24.06.2022).
- Dağ, M., Kızılkaya, F. (2021). Türkiye için sağlık harcamaları, co₂ emisyonları ve ekonomik büyüme ilişkisinin incelenmesi, Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 19(3), 211-229.
- Daştan, İ., Çetinkaya V. (2015). Oecd ülkeleri ve türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1), 104-134.
- Değirmenci, T., Yavuz, H. (2021). Emisyon azaltım sorumluluğu olan bm ülkelerinde hava kirliliği, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 16(3), 856-872.
- Demirarslan, KO., Akıncı, H. (2016). Doğu karadeniz bölgesinde kükürdioksit (so₂) dağılımlarının coğrafi bilgi sistemleri yardımıyla belirlenmesi, Doğal Afetler ve Çevre Dergisi, 2(2), 81-99.
- Dumrul, Y. (2019). Sağlık harcamaları ve çevre kirliliği: asean-5 ülkeleri üzerine bir panel veri analizi, IBAD Sosyal Bilimler Dergisi, 1(özel sayı), 396-407.
- Engin N. (1989). Hava kirlenmesi, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 47(1-4), 79-88.

- Erdoğan, M. (2021). hava kalitesi nedir? hava kirliliği nasıl hesaplanır?, Erişim adresi: <https://dogadakilere.com/Blog/hava-kalitesi-nedir-hava-kirliligi-nasil-hesaplanir/>. (24.06.2022).
- Euro News Web Sitesi. (2022). Dünya Hava kirliliği raporu: türkiye 46. sırada, ıgdır ve düzce avrupa'nın en kirli kentleri, Erişim adresi: <https://tr.euronews.com/2022/03/22/2021-de-dunyada-hicbir-ulke-dso-nun-hava-kalitesi-standard-n-tutturamad>. (17.06.2022).
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Genç, G. (1989). Hava kirliliğinin insan sağlığına etkileri ve hemşirenin alabileceği önlemler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(1), 43-51.
- Giray, F., Çimen, F. (2018). Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler: türkiye ve oecd ülkeleri analiz", Sayıştay Dergisi, 2016(10), 143-171.
- HEAL (Sağlık ve Çevre Birliği). (2021). Türkiye'de kronik kömür kirliliği, Erişim adresi: <https://www.env-health.org/wp-content/uploads/2021/02/Chronic-Coal-Pollution-Turkey-TR.pdf>. (20.05.2022).
- İklim Haber. (2022). ÇİSİP: Türkiye'nin 2029 hava kirliliği sınır değerleri hedefi DSÖ tavsiyesinin 5 katı, Erişim adresi: <https://www.iklimhaber.org/cisip-turkiyenin-2029-hava-kirliligi-sinir-degerleri-hedefi-dso-tavsiyesinin-5-kati/#:~:text=DS%C3%96%2C%20hava%20kalitesini%20ve%20kirlilik,%CE%BCg%2Fm3'e%20d%C3%BC%C5%9F%C3%BCm%C3%BC%C5%9Ft%C3%BC>. (20.07.2022).
- İlkılıç, C., Behçet, R. (2006). Hava kirliliğinin insan sağlığı ve çevre üzerindeki etkisi, Doğu Anadolu bölgesi araştırmaları, 5(1), 66-72.
- İstanbul Hava Kalitesi İzleme Merkezi. (2022). Hava kirliliği, Erişim adresi: <https://havakalitesi.ibb.gov.tr/Icerik/bilgi> (24.06.2022).
- Karasoy, A., Demirtaş, G. (2018). Sağlık harcamalarının belirleyicileri üzerine bir uygulama: çevre kirliliği ve yönetişimin etkilerinin incelenmesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 7(3), 1917-1939.
- Korkmaz, M., Yılmaztürk, A. (2011). Sağlık harcamalarının yıllara göre karşılaştırılması ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin incelenmesi, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 1(1), 77-96.
- OECD.Stat. (2022). Kaynağa göre hava kirletici emisyonları, Erişim adresi: <https://stats.oecd.org/>. (20.05.2022).
- Okan, J. (2017). İktisadi kalkınma, hava kirliliği ve sağlık ilişkisi: panel veri analizi, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özcan, HK., Şahin, Ü., Bayat, C., Uçan, ON. (2006). İstanbul ili troposferik ozon (o₃) konsantrasyonlarının hücrel yapay sinir ağ yöntemiyle modellenmesi, Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi, 21(2), 239-245.
- Özdemir, F. (2008). Türkiye genelinde kükürt dioksit ve partiküler madde kirlilik dağılımlarının analizi, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özdemir, H., Borucu, G., Demir, G., Yiğit, S., Ak, N. (2010). İstanbul'daki çocuk oyun parklarında partikül madde (pm_{2,5} ve pm₁₀) kirliliğinin incelenmesi, Ekoloji, 20(77), 72-79.
- Özmen, İ., Mucuk, M., Özcan, G., Gerçekler, M. (2019). G7 ülkelerinde karbon salınımı ve sağlık harcamaları etkileşimi: bootstrap panel nedensellik testi, ESCON'19, Kasım 2019, İstanbul, 85-95.
- Sağlığım Web Sitesi. (2022). Hava kirliliği ve sağlık etkileri, Erişim adresi: <https://sagligim.gov.tr/hava-kirliligi.html>. (17.06.2022).
- Soysal, A., Demiral, Y. (2007). Kapalı ortam hava kirliliği, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(3), 221-226.
- Sümer, GÇ. (2014). Hava kirliliği kontrolü: türkiye'de hava kirliliğini önlemeye yönelik yasal düzenlemelerin ve örgütlenmelerin incelenmesi, Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 13(7), 37-56.

- Şahin, D., Durmuş, S. (2019). Oecd Ülkelerinde ekonomik büyüme ve çevre kirliliğinin sağlık harcamaları üzerine etkisinin analizi, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 56(647), 185-201.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011). Çevre sağlığı hava kirliliği, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022). Hava kirliliği ve sağlık etkileri, Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi-ced/ced-birimi/hava-kirliligi-C4%9Fi-ve-sa-C4%9Fi-C4%B1k-etkileri.html#:~:text=Ba%C5%9Fi%C4%B1ca%20sa%C4%9Fi%C4%B1k%20etkileri%20Ast%C4%B1m%2C%20Allerji,%C3%A7ocuklar%2C%20kronik%20hastalar%20ve%20ya%C5%9Fi%C4%B1lar.> (23.06.2022).
- Tağıl, Ş., Menteşe, S. (2012). Zonguldak'ta hava kirliliği (pm₁₀ & so₂) ile ilişkili olarak seçilmiş solunum yolu hastalıklarının zamansal ve mekânsal değişimi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15(27), 3-18.
- Taşbaşı, D. (2022). Çisip: hava kirliliği azalmıyor, Erişim adresi: https://temizenerji.org/2022/03/29/cisip-hava-kirliligi-azalmiyor/?gclid=CjwKCAjw77WVBhBuEiwAJ-YoJIDQQxJIm70XqvPL08mGiJx2RM_3JC0TYjWXmS17F26yp6c1ZANWjhoCtrAQAvD_BwE. (18.06.2022).
- Temiz Hava Hakkı Platformu. (2021). Kara rapor, hava kirliliği ve sağlık etkileri, Erişim adresi: <https://www.temizhavahakki.com/wp-content/uploads/2021/09/KaraRapor2021.pdf>. (16.06.2022).
- Türk Tabipleri Birliği. (2011). Hava kirliliğinin öne çıkan sağlık etkileri, Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=66d9288a-9232-11e7-b66d-1540034f819c. (23.06.2022).
- Türk Tabipleri Birliği. (2022). Hava kirliliği, Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/eweb/yatagan/3.html> (24.06.2022).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). Sağlık harcamaları istatistikleri, 2020, Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192.> (23.06.2022).
- Usman, M., Ma, Z., Zafar, MW, Haseeb, A. (2019). Are Air Pollution, Economic and Non-Economic Factors Associated with Per Capita Health Expenditures? Evidence from Emerging Economies, International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(11), 1-22.
- Yaşar, S., Şevik, H. (2003). Konya'da Hava Kirliliğinin Değerlendirilmesi, Yanma ve Hava Kirliliği Kontrolü VI. Ulusal Sempozyumu, Hava Kirlenmesi Araştırmaları ve Denetimi Türk Milli Komitesi, 10-12 Eylül 2003, İzmir, 391-402.
- Yumuşak, İB., Yıldırım, DÇ. (2009). Sağlık harcamaları iktisadi büyüme ilişkisi üzerine ekonometrik bir inceleme, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 4(1), 57-70.
- Zencirci, SA., Işıklı, B. (2017). Hava kirliliği, Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 2(2), 24-36.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

Hastane Fiziki Yapısının Hasta Memnuniyetine Etkisi*

The Effect of Physical Structure of a Hospital to Patient Satisfaction

Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU¹

Seçil VAROL²

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, hastane fiziksel özelliklerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisini belirlemektir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmet kalitesinin önemli bir ölçütüdür. Hastanelerde, hasta memnuniyetini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başlıcaları arasında hastane fiziksel koşulları gelmektedir. Hastanelerin fiziksel koşulları, hastaların hizmet almadan önce bile hasta beklentilerinin ne derece karşılanabileceği konusu hakkında bilgi sağlaması açısından oldukça önemli bir faktördür. Hem hastane çevresi hem de odaların fiziksel koşulları, hastaların önem verdikleri ve ilgilendikleri boyutlardandır. Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evreni İstanbul ilinde hizmet alan hastalar, örneklem ise 387 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların %70'i kadın, %66,1'i evli, %35,9'u 31 ila 40 yaşları arasında, %35,7 Lisans mezunudur. Çalışmanın güvenilirliği 0,973 olarak bulunmuştur. Değişkenler arasındaki ilişki doğrusal, pozitif yönde ve yüksek derecededir ($r=0,940$). Hastane fiziksel ortamının hasta memnuniyeti üzerine etkisini %55 oranda açıklamaktadır. Yapılan çalışma sonucunda hastane fiziksel ortamı ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Fiziksel ortam hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Fiziksel Ortamı, Hasta Memnuniyeti, Hastane Dizaynı, Hizmet Kalitesi.

JEL Sınıflandırma Kodları: 10, I11, I18, I19.

ABSTRACT

The purpose of this study is to define the effects of physical conditions of a hospital on patient satisfaction. Patient satisfaction is a vital criteria for health service quality. There are many factors which affect patient satisfaction in hospitals. The physical conditions of a hospital is one of the leading factors. The physical conditions of hospitals are crucial for the reason that they can provide information about to what extend patient expectations can be supplied even before they get service. Both conditions of surrounding area and physical situation of rooms are one of the other key points that people pay attention to. This survey is cross - sectional and determinant. A questionnaire is used. The population refers to the people who get any kind of hospital service in İstanbul and the sample is composed of 387 participants. %70 of respondents are women, % 66,1 are married, % 35,9 are between 31 and 40 ages, %35,7 are graduate of bachelor degree. The reliability of the study is measured as 0, 973. The relation between variables is found as linear, positive and high ($r = 0,940$). The effect of physical structure of a hospital to patient satisfaction is at the rate of % 55. As a result of the study, there is a positive relation between the physical condition of a hospital and patient satisfaction. The physical situation affects patient satisfaction.

Keywords: Physical Conditions of a Hospital, Patient Satisfaction, Hospital Design, Service Quality.

JEL Classification Codes: 10, I11, I18, I19.

- Bu çalışma, 22-25 Mayıs 2022 tarihlerinde yapılan 16. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, aliarslanoglu18@gmail.com

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, secilvarol56@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

In terms of health institutions, patient satisfaction is a very important parameter in terms of measuring the quality of care given to the patient. In an increasingly competitive environment, patient satisfaction and satisfaction evaluation studies are becoming increasingly important as patient-oriented care comes to the fore. Patient satisfaction has many dimensions. Among these dimensions, physical and environmental factors have an important place. In this context, the aim of this study is to determine the effect of physical characteristics of hospitals on patient satisfaction.

Design/methodology/approach:

This study was designed as cross-sectional and descriptive in order to determine the effect of physical characteristics of hospitals on patient satisfaction. The study was carried out in the province of Istanbul; As the data collection method, the questionnaire method, which was prepared from previously prepared scales with validity and reliability tests, was used. The data collection tool used in the research consists of three parts. In the first part of the questionnaire, a five-point Likert type graded scale consisting of 4 items was used to measure the satisfaction of the patients. In the second part, a five-point Likert-type scale consisting of 31 items was used to measure the physical environment perception of the patients. In the last part of the questionnaire, participants' age, gender, education and marital status etc. A 4-item form created by the researcher was used in line with the literature to determine socio-demographic characteristics. The questionnaires were prepared in the form of a questionnaire on Google forms, and the participants were reached online via the link created and applied to 387 people between April.2022-May 2022. The analysis of the data in the research was carried out using an open source statistical program. After it was determined that the data met the reliability requirements, one-way analysis of variance, t-test for independent samples, correlation and regression analyzes were used as well as descriptive statistical methods. The limitation of the study is the thought that the results will change if the research is applied in different populations and sample groups over a wider period of time.

Findings:

70% of the participants were women, 66.1% were married, 35.9% were between the ages of 31 and 40, and 35.7% were undergraduates. The reliability of the study was found to be 0.973. Considering the patient satisfaction, the satisfaction levels of men are higher than the gender variable. The marital status variable has no effect on patient satisfaction. Age variable affects patient satisfaction. It was observed that as the educational status increased, patient satisfaction decreased. In terms of the physical environment of the hospital and its sub-dimensions of layout and design quality, the satisfaction levels of men are higher. The marital status variable has no effect on the perception of the hospital physical environment and its sub-dimensions. There is a significant difference between the educational status variable and the physical environment of the hospital, person characteristics with sub-dimensions, layout and design quality. It was observed that the perception of the physical environment of the hospital decreased as the educational status increased. In terms of the age variable, there is a significant difference in the design quality, which is the sub-dimension of the hospital physical environment. There is a positive relationship between the physical environment of the hospital and patient satisfaction. The relationship between the variables is linear, positive and high ($r=0.940$). It explains the effect of the physical environment of the hospital on patient satisfaction at a rate of 55%. The physical environment affects patient satisfaction.

Conclusion and Discussion:

As a result of the study, there is a positive relationship between the physical environment of the hospital and patient satisfaction. The physical environment affects patient satisfaction. When the literature is examined, results supporting the results of this study were obtained (Akbolat et al., 2019; Lacap and Alfonso, 2022; Taşdemir et al., 2015;). Since the rate of health literacy is low in our country, we think that physical conditions affect patient satisfaction. According to the results obtained; Hospitals should regulate their physical conditions in line with their possibilities and do the necessary studies to increase patient satisfaction. Opinions and suggestions of patients regarding physical conditions should be obtained at regular intervals. Our recommendations to researchers are; This study can be done with different sample groups and different variables.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmet kalitesinin önemli bir ölçütü olan hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarından hizmet alan hasta beklentilerini karşılamadaki başarısı hakkında bilgi sunan önemli bir parametredir. Günümüzde hasta odaklı hizmetin önem kazanmasıyla beraber hasta memnuniyeti ve memnuniyeti değerlendirme çalışmaları sağlık kuruluşları açısından giderek daha önemli hale gelmektedir (Huang vd., 2004:403; Taşdemir, Oğuzöncül ve Durmuş, 2015:5).

Hasta memnuniyetinin tanımına bakıldığında, “Hastaların beklentileri ve değerlerinin hangi seviyede tatmin edildiği konusunda bilgiler veren ve asıl otoritenin hastalar olduğu bakımın kalitesini ortaya koyan esas ölçüt” olarak değerlendirilmiştir (Carr-Hill, 1992, aktaran: Tezcan, Yücel, Ünal ve Edirne, 2014:58; Durmuş, 2017:36; Taşdemir vd., 2015:5). Hizmet aldıkları kuruluşlardan memnun olan hastalar, sağlık kuruluşunu tekrar tercih etme konusunda endişe duymamaktadırlar, sadakatleri devam etmektedir. Verilen tedavi ve önerilere uyumları daha fazladır. Ayrıca hizmet aldıkları sağlık kuruluşunu çevresindeki bireylere tavsiye etmektedirler. Hasta memnuniyeti ölçümleri sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetin değerlendirilmesi açısından da önemlidir. Hizmet sağlayan sağlık kuruluşu sayısının gün geçtikçe artması göz önünde bulundurulursa hasta memnuniyetinin sağlanması bu rekabet ortamında kuruluşun bir adım önde olmasını sağlamaktadır (Durmuş, 2017:37-38).

Hasta memnuniyeti çok boyutlu bir süreci kapsamaktadır (Chalasanı, Gurudatt ve Ramesh, 2022). Hasta memnuniyeti alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde, hasta memnuniyetini etkileyen unsurlar genellikle 9 boyutta ele alınmaktadır. Bu boyutlar: Hasta-doktor ilişkisi, hasta-hemşire ilişkisi, hasta-diğer hastane personeli ilişkisi, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziki ve çevresel şartlar, bürokratik işlemler, güven ve ücret şeklinde sıralanmaktadır (Ekinci, 2015:49).

Hasta odaklı sağlık hizmeti sunmak için hasta deneyimlerini anlamak önemlidir. Hastalar, hastaneler hakkındaki ilk izlenimlerini herhangi bir hizmet almadan önce bile beklentilerini karşılayabilecek fiziksel şartları değerlendirerek belirlemektedirler. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalar, hastanelerin fiziksel ortamının hastaların deneyimlerini ve algılanan hizmet kalitesini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediğini göstermiştir (Khan, 2014). Taşlıyan ve Akyüz’ün (2010) Malatya’da Devlet Hastanesi’nden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada hastaların hastaneye ulaşımında zorluk yaşamasının ve hastanenin kötü fiziksel koşullara sahip olmasının hem hasta memnuniyetsizliğine hem de hastaların hastaneyi tekrar tercih etmemelerine yol açtığı görülmüştür. Yine Taşlıyan ve Gök’ün (2012) yaptıkları bir çalışmada, Kahramanmaraş’taki kamu ve özel hastanelerinden hizmet alan hastaların demografik özelliklerine göre memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. Özel hastanelerden hizmet alan hastaların genel memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bunun özel hastanelerin fiziki koşullarının daha iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tezcan vd. nin (2014) üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastanenin hijyenik ve konforlu bir ortama sahip olmasının hastaların memnuniyet düzeylerini etkilediği en önemli faktörlerden biri olduğu görülmüştür. Gökkaya vd. nin (2018) şehir hastanelerinde hasta memnuniyetini incelemek üzere yaptıkları bir çalışmada, şehir hastanelerinin temiz olması, teşhis ve tedavide kullanılan araç-gereçlerin kaliteli olması, ortamın konforlu ve ferah olması gibi fiziki koşulların hasta memnuniyetini artırdığı görülmüştür. Bu araştırmanın bir diğer sonucu ise, şehir hastanelerinin büyük olması sebebiyle hastane içi ulaşımın zor olması, genel ulaşım sorunu, otopark ve asansörlerin yetersiz gelmesi gibi yine fiziksel unsurlara ait faktörlerin hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde hastanelerin fiziksel yapısının hasta memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sayısı bir hayli az olduğu görülmektedir. Bu noktadan hareketle bu çalışma hastane fiziki yapısının hasta memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek, bu alandaki boşluğu gidermek amacıyla yapılmıştır.

2. HASTANELERİN FİZİKSEL YAPISI

Hastanelerin fiziksel yapısı, hastaların hizmet almadan önce bile hasta beklentilerinin ne derece karşılanabileceği konusu hakkında bilgi sağlaması açısından oldukça önemli bir faktördür. Hem hastane çevresi hem de odaların fiziksel yapısı, hastaların önem verdikleri ve ilgilendikleri boyutlardandır.

Hastanelerin fiziksel ve çevresel yapısına bakıldığında; ısı, aydınlatma, havalandırma, hijyen, otopark, gürültü, koku, dekorasyon, müzik, bekleme salonları, yataklar ve çarşaf vb. özellikleri içinde barındırmaktadır (Ekinci, 2015:51; Yanık, 2000: 72-74; Yılmaz, 2001: 69; Zengin ve Sağlam, 2022:125). Hastanede gidilecek olan bölümün rahatlıkla bulunabilmesi bile hasta memnuniyetini etkileyecek önemli unsurlardan biridir. Fiziksel yapısının kötü

olması, gürültünün fazla olması, eksik oda sayısı, hijyen olmayan bir ortam, yatakların rahat olmaması, aydınlatmanın fazla olması gibi unsurlar kişilerin memnuniyetsizlik yaşamalarına ve sağlık kuruluşunu tekrar tercih etmemelerine sebep olmaktadır (Ekinci, 2015:51; Yanık, 2000: 72-74).

Hastalar, hastanelerden hizmet aldıkları süre zarfında kendilerini evlerinde gibi hissetmeyi, rahatlıkla ihtiyaçlarını karşılayabilmeyi beklemektedirler. Hastalar fiziksel ve sosyal açıdan kendilerini rahat ve konforlu hissederse memnuniyet düzeyleri artmakta, hastaneyi tekrar tercih etme konusunda endişe duymamaktadırlar. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesi açısından önemli bir parametredir. Artan rekabet ortamında hasta memnuniyet düzeylerinin yüksek olması hastaneler açısından daha da önemli hale gelmektedir (Akbaş, 2014:105-106).

Hastaların hastane çevresi ile etkileşimi önemli bir konudur. Hastanelerin özellikle ayaktan tedavi bölümlerinde tabela ve yönlendirme işaretlerinin olmaması ya da fonksiyonel olmaması, bölümler arası mesafenin uzun ve karmaşık olması gibi unsurlar hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Ayrıca zeminin kaplaması, duvarların rengi, tablolar, mobilyalar gibi hastanelerin iç tasarım özelliklerinin hastaların hastanede kalma sürelerini, fiziksel olarak kendilerini rahat hissetmelerini dolayısıyla memnuniyetlerini de etkilediği görülmüştür. Bunun yanı sıra hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu gibi kişisel özellikleri ve yol bulma kabiliyeti gibi sosyal özellikleri de hastaların hastanelerin fiziksel özelliklerinden memnun olma durumunu etkilemektedir (Khan, 2014). Akbaş'ın (2014) yaptığı tez çalışmasında da hastanelerin tadilat yapılması sırasında değişen fiziki koşulların hastaları olumsuz etkilediği ve memnuniyetsizlik yaşamalarına sebep olduğu görülmüştür. Bu sebeple hastanelerin fiziksel koşullarının hastaların memnuniyetini artıracak şekilde düzenlenmesi oldukça önemlidir (Karahana, 2008:167-168).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı, Hipotezleri ve Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. İstanbul ili sınırları içerisinde hizmet sunan hastanelerin fiziki yapısının hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla 05.04.2022-10.05.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu amaçla aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Hastanelerin fiziksel özelliklerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi vardır.

H₂: Sosyo-demografik özellikler açısından hasta memnuniyet ortalamalarında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

3.2. Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni İstanbul ili sınırları içerisinde hizmet sunan sağlık kuruluşlarından en az bir defa hizmet almış ve 18 yaşını doldurmuş bireylerden oluşmaktadır. Evren büyüklüğü tam olarak belirlenemediğinden İstanbul ili nüfusu evren olarak alınmıştır. Bu kapsamda araştırmanın örneklem büyüklüğü, Sekeran tarafından geliştirilen örneklem hata payı baz alınarak alınabilecek örneklem büyüklüğünü gösteren tabloya göre 384 olarak tespit edilmiştir (Çoşkun vd., 2017:144). Veri toplama sürecinde 387 kişiye ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dâhil edilme kriterlerine bakıldığında İstanbul ili sınırları içerisinde hizmet sunan sağlık kuruluşlarından en az bir defa hizmet almış ve 18 yaşını doldurmuş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri ise, İstanbul ili sınırları dışında hizmet sunan sağlık kuruluşları, 18 yaşını doldurmamış, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Daha önceden geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ölçeklerden oluşan anket formu kullanılmıştır. Çalışmayla ilgili alan araştırması yapılmadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 25.03.2022 tarih ve 22/183 nolu karar ile onay alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.4.1. Hasta Memnuniyeti Ölçeği

Anket formunun birinci kısmında Chang vd. (2013) tarafından geliştirilen Durmuş (2017) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış “Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Patient Satisfaction Scale)” kullanılmıştır. Beşli likert tipteki ölçek, “(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum ve (5) Kesinlikle Katılıyorum” biçiminde derecelendirilmiştir. Ölçek 4 maddedir.

3.4.2. Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği

Anket formunun ikinci bölümünde Khan (2014) tarafından geliştirilmiş Akbolat, Ünal ve Amarat (2019) tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış “Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği (Patients’ Travel Experience)” kullanılmıştır. Beşli likert tipteki ölçek, “(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum ve (5) Kesinlikle Katılıyorum” biçiminde derecelendirilmiş olup, 4 alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır.

3.4.3. Sosyo-demografik Özellikler Formu

Anket formunun son kısmı ise katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenimi ve medeni durumu vb. sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan 4 maddelik bir formdan oluşmaktadır (Akbolat vd., 2019; Ekinci, 2015; Talmaç ve Soysal, 2021).

3.5. Veri Toplama Süreci

Çalışma İstanbul ilinde gerçekleştirilmiş olup; veri toplama metodu olarak daha önceden hazırlanmış ve geçerlilik güvenilirlik testleri yapılmış ölçeklerden oluşturulan anket yöntemine başvurulmuştur. Soru formları, Google formlar üzerinden anket şeklinde hazırlanarak, oluşan link aracılığı ile online olarak katılımcılara ulaşılarak Nisan 2022-Mayıs 2022 tarihleri arasında uygulanmıştır. Görüşmelere başlamadan önce “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı/sözlü onay alınmıştır.

3.6. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmada verilerin analizi açık kaynaklı bir istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin güvenilirlik şartlarını taşıdığı tespit edildikten sonra ise tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklemelerde t testi, korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

Anket Google Forms da hazırlanarak online platform kullanılarak, İstanbul ilinde hizmet sunan sağlık kuruluşlarından en az bir defa hizmet alan 18 yaşını doldurmuş bireyler örnekleminde kriterleri karşılayanlar arasından basit tesadüfi örnekleme yoluyla toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Güvenilirliği ve Geçerliliği

Durmuş’un (2017) yaptığı çalışmada Hasta Memnuniyeti Ölçeği’nin Cronbach’s Alpha değeri 0,945 olarak hesaplanmıştır ve yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada ise; Cronbach’s Alpha değeri 0,908 olarak hesaplanmış olup yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (Tablo 2). Durmuş’un (2017) yaptığı çalışmada keşfedici faktör analizleri sonucunda, ölçeğin açıklanan toplam varyansı %83,978’dir. Böylece ölçeğin Türkçe olarak kullanılabilir olduğu görülmektedir.

Akbolat vd. nin (2019) yaptığı çalışmada Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği’nin tamamının Cronbach’s Alpha değeri 0,924 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s Alpha değerleri ise “Kişi Karakteristiği” için 0,923, “Bilgilendirme ve Yön Bulma” için 0,858, “Yerleşim” için 0,847 ve “Dizayn Kalitesi” için 0,845 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda ölçeğin 4 alt boyutunun da yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür (Akbolat vd., 2019). Bu çalışmada ise; Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği’nin tamamının Cronbach’s Alpha değeri 0,970 olarak hesaplanmıştır ve yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s Alpha değerleri ise “Kişi Karakteristiği” için 0,864, “Bilgilendirme ve Yön Bulma” için 0,915, “Yerleşim” için 0,941 ve “Dizayn Kalitesi” için 0,927 olarak hesaplanmış olup yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Akbolat vd. nin (2019) yaptığı çalışmada keşfedici faktör analizi sonuçları ölçeğin Türkçe olarak kullanılabilir olduğunu göstermektedir. Ancak faktör yükleri düşük çıkan ve iki farklı boyuta dağılan 4 madde ölçekten çıkartılmıştır (Akbolat vd., 2019).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma zaman kısıtlaması olması sebebiyle Nisan 2022-Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul ili sınırları içerisindeki veriler doğrultusunda analiz edilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın farklı evren ve örneklem gruplarında, daha geniş zaman aralığında uygulanması durumunda sonuçların değişeceğinin düşünülmesi araştırmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	271	70
	Erkek	116	30
	Toplam	387	100
Medeni Durum	Evli	256	66,1
	Bekâr	131	33,9
	Toplam	387	100
Yaş	20 ve altı	35	9,0
	21-25	46	11,9
	26-30	36	9,3
	31-35	64	16,5
	36-40	75	19,4
	41-45	62	16,0
	46-50	37	9,6
	51 ve üzeri	32	8,3
	Toplam	387	100
Öğrenim Durumu	İlköğretim	43	11,1
	Lise	89	23,0
	Ön lisans	45	11,6
	Lisans	138	35,7
	Lisansüstü	72	18,6
	Toplam	387	100

n: kişi sayısı, %: kişi sayısının yüzdesel ifadesi

Tablo 1 incelendiğinde; katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında, %70'i kadın ve %30'unun erkek olduğu saptanmıştır. Medeni durumları incelendiğinde; %66,1'i evli %33,9'u ise bekârdır. Yaşları incelendiğinde; %19,4'ü 36-40 yaş, %16,5'i 31-35 yaş, %16'sı 41-45 yaş arasında bulunmaktadır. Genel olarak bakıldığında %51,9'unun 31-45 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Öğrenim durumları incelendiğinde; %35,7'si lisans, %23'ü lise mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Hasta Memnuniyeti Ölçeği	,908	4
Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği	,970	31
Kişi Karakteristiği	,864	6
Bilgilendirme ve Yön Bulma	,915	7
Yerleşim	,941	10
Dizayn Kalitesi	,927	8

Araştırması yapılan ve 387 kişiye uygulanan ölçeğin toplam 35 maddesine Cronbach's Alpha güvenilirlik testi yapılmıştır (Tablo 2). Sonuçlara bakıldığında; Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin değeri 0,908; Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği'nin değeri 0,970 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği'nin alt boyutlarının Cronbach's Alpha değerleri ise "Kişi Karakteristiği" için 0,864, "Bilgilendirme

ve Yön Bulma” için 0,915, “Yerleşim” için 0,941 ve “Dizayn Kalitesi” için 0,927 olarak hesaplanmış ve yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında araştırma ölçeğinin güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Farklılık Analizi

	Cinsiyet	n	x	Ss	t	p
Hasta Memnuniyeti Ölçeği	Kadın	271	3,52	,89		
	Erkek	116	3,84	,89	3,158	,002
Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği	Kadın	271	3,72	,66		
	Erkek	116	3,90	,79	2,281	,023
Kişi Karakteristiği	Kadın	271	3,83	,66		
	Erkek	116	3,95	,80	1,480	,140
Bilgilendirme ve Yön Bulma	Kadın	271	4,01	,68		
	Erkek	116	4,09	,78	1,051	,294
Yerleşim	Kadın	271	3,56	,79		
	Erkek	116	3,83	,88	2,950	,003
Dizayn Kalitesi	Kadın	271	3,59	,82		
	Erkek	116	3,78	,87	2,111	,035

Katılımcıların hasta memnuniyeti toplamı için t testi sonucu incelendiğinde kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=3,158$, $p<,05$). Buna göre cinsiyet değişkeninin, katılımcıların memnuniyetini etkileyen bir unsur olduğu, erkeklerin memnuniyet düzeylerinin kadınların memnuniyet düzeyinden yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların hastane fiziksel ortamı toplamı için t testi sonucuna göre kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=2,281$, $p<,05$). Buna göre cinsiyet değişkeninin, katılımcıların hastane fiziksel ortamı algısını etkileyen bir unsur olduğu, erkeklerin hastane fiziksel ortamı algısının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği'nin alt boyutu olan “Kişi Karakteristiği” için t testi sonucuna göre kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=1,480$, $p>,05$).

Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği'nin alt boyutu olan “Bilgilendirme ve Yön Bulma” için t testi sonucuna göre kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=1,051$, $p>,05$).

Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği'nin alt boyutu olan “Yerleşim” alt boyutu için t testi sonucuna göre kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır; erkek katılımcıların ortalamaları kadın katılımcıların ortalamalarından daha yüksektir ($t=2,950$, $p<,05$).

Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği'nin alt boyutu olan “Dizayn Kalitesi” için t testi sonucuna göre kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır; erkek katılımcıların ortalamaları kadın katılımcıların ortalamalarından daha yüksektir ($t=2,111$, $p<,05$).

Tablo 4. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Farklılık Analizi

	Medeni Durum	n	x	Ss	t	p
Hasta Memnuniyeti Ölçeği	Evli	256	3,6016	,90529	-,584	,560
	Bekâr	131	3,6584	,90893		
Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği	Evli	256	3,7741	,70691	-,208	,836
	Bekâr	131	3,7900	,72334		
Kişi Karakteristiği	Evli	256	3,8802	,70970	,247	,805
	Bekâr	131	3,8613	,71705		
Bilgilendirme ve Yön Bulma	Evli	256	4,0022	,72920	-1,260	,208
	Bekâr	131	4,0992	,69103		

Yerleşim	Evli	256	3,6512	,82052	,137	,891
	Bekâr	131	3,6389	,86198		
Dizayn Kalitesi	Evli	256	3,6484	,83037	-,068	,946
	Bekâr	131	3,6546	,86280		

Katılımcıların hasta memnuniyeti toplamı için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=-,584$, $p>,05$). Buna göre medeni durum değişkeninin katılımcıların memnuniyetini etkileyen bir unsur olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ve alt boyutları toplamı için t testi sonucuna göre evliler ile bekârlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=-,208$, $p>,05$). Buna göre medeni durum değişkeninin katılımcıların hastane fiziksel ortamı algısı ve alt boyutlarını etkileyen bir unsur olmadığı görülmektedir.

Tablo 5. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Öğrenim Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Öğrenim Durumu	n	x	Ss	f	p	Fark
Hasta Memnuniyeti Ölçeği	İlköğretim	43	3,9709	1,02819			A>D
	Lise	89	3,8118	,86789			A>E
	Ön Lisans	45	3,8722	,86212	7,025	,000	B>D
	Lisans	138	3,4728	,84236			B>E
	Lisansüstü	72	3,3021	,87506			C>E
Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği	İlköğretim	43	3,9040	,99352			
	Lise	89	3,9344	,71971			
	Ön Lisans	45	3,8910	,75968	3,646	,006	B>E
	Lisans	138	3,7153	,58778			
	Lisansüstü	72	3,5668	,63377			
Kişi Karakteristiği	İlköğretim	43	3,9186	1,01664			
	Lise	89	3,9494	,73099			
	Ön Lisans	45	3,9926	,61129	2,735	,029	B>E
	Lisans	138	3,8973	,59305			C>E
	Lisansüstü	72	3,6343	,70023			
Bilgilendirme ve Yön Bulma	İlköğretim	43	4,0066	1,05576			
	Lise	89	4,1236	,78813			
	Ön Lisans	45	4,0857	,71972	1,932	,104	-
	Lisans	138	4,0745	,55536			
	Lisansüstü	72	3,8353	,62829			
Yerleşim	İlköğretim	43	3,8977	,99654			A>E
	Lise	89	3,8472	,80821			B>D
	Ön Lisans	45	3,7644	,88502	4,790	,001	B>E
	Lisans	138	3,5196	,77891			
	Lisansüstü	72	3,4208	,73828			
Dizayn Kalitesi	İlköğretim	43	3,8110	1,01930			
	Lise	89	3,8666	,76472			
	Ön Lisans	45	3,8028	,97245	4,238	,002	B>D
	Lisans	138	3,5091	,78050			B>E
	Lisans Üstü	72	3,4635	,75859			

A=İlköğretim B=Lise C=Ön Lisans D=Lisans E=Lisans Üstü

Katılımcıların hasta memnuniyeti ortalamaları için öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklılaşmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=7,025$, $p<,05$). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun saptanması amacı ile çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, ilköğretim mezunu katılımcıların ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından, lise mezunu katılımcıların ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından ve ön lisans mezunu katılımcıların ortalamalarının lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ortalamaları için öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklılaşmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=3,646$, $p<,05$). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun saptanması amacı ile çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, lise mezunu katılımcıların ortalamalarının lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ölçeğinin alt boyutu olan “Kişi Karakteristiği” ortalamaları için öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklılaşmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=2,735$, $p<,05$). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun saptanması amacı ile çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, lise mezunu katılımcıların ortalamalarının lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından ve ön lisans mezunu katılımcıların ortalamalarının lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ölçeğinin alt boyutu olan “Bilgilendirme ve Yön Bulma” ortalamaları için öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklılaşmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=1,932$, $p>,05$). Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ölçeğinin alt boyutu olan “Yerleşim” durumu ortalamaları için öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklılaşmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=4,790$, $p<,05$). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun belirlenmesi amacı ile çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, ilköğretim mezunu katılımcıların ortalamalarının lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından, lise mezunu katılımcıların ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ölçeğinin alt boyutu olan “Dizayn Kalitesi” ortalamaları için öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklılaşmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=4,238$, $p<,05$). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun saptanması amacı ile çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, lise mezunu katılımcıların ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

Tablo 6. Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaşlarına Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Yaş	n	x	Ss	f	p	Fark
Hasta Memnuniyeti Ölçeği	20 ve altı	35	3,9500	,77365	2,284	,027	A>B A>C A>G
	21 -25	46	3,4457	,91274			
	26-30	36	3,4444	,93944			
	31-35	64	3,6211	,97894			
	36-40	75	3,4833	,99010			
	41-45	62	3,7903	,70594			
	46-50	37	3,4595	,96558			
	51 ve üstü	32	3,8906	,76711			
Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği	20 ve altı	35	4,0618	,53100	1,535	,154	-
	21 -25	46	3,7349	,68645			
	26-30	36	3,6873	,75824			
	31-35	64	3,6986	,81757			
	36-40	75	3,7630	,72270			
	41-45	62	3,8434	,70386			
	46-50	37	3,6146	,73359			
	51 ve üstü	32	3,9052	,53321			
Kişi Karakteristiği	20 ve altı	35	4,0143	,57646	0,637	,725	-
	21 -25	46	3,8949	,69687			
	26-30	36	3,8657	,77339			
	31-35	64	3,8516	,79245			
	36-40	75	3,8911	,73444			

	41-45	62	3,8468	,67569			
	46-50	37	3,6937	,80365			
	51 ve üstü	32	3,9635	,51974			
Bilgilendirme ve Yön Bulma	20 ve altı	35	4,2612	,54617			
	21 -25	46	4,0963	,67414			
	26-30	36	4,0556	,75999			
	31-35	64	3,9397	,85480	1,173	,317	-
	36-40	75	4,0114	,72910			
	41-45	62	4,0507	,67160			
	46-50	37	3,8417	,77502			
	51 ve üstü	32	4,1161	,53752			
Yerleşim	20 ve altı	35	3,9457	,68356			
	21 -25	46	3,5348	,82576			
	26-30	36	3,4750	,85369			
	31-35	64	3,5672	,93283	1,791	,088	-
	36-40	75	3,5960	,85700			
	41-45	62	3,7806	,80568			
	46-50	37	3,5081	,88518			
	51 ve üstü	32	3,8562	,58582			
Dizayn Kalitesi	20 ve altı	35	4,0679	,64265			
	21 -25	46	3,5489	,82978			
	26-30	36	3,4965	,97993			
	31-35	64	3,5371	,91142	2,046	,049	A>D
	36-40	75	3,6583	,81744			A>G
	41-45	62	3,7379	,81661			
	46-50	37	3,4899	,80869			
	51 ve üstü	32	3,7383	,76290			

A=20 ve altı yaş

B=21-25 yaş arası

C=26-30 yaş arası

D=31-35 yaş arası

E=36-40 yaş arası

F=41-45 yaş arası

G=46-50 yaş arası

H=51 ve üstü yaş

Katılımcıların hasta memnuniyeti ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklanmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (F=2,284, p<,05). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun saptanması amacı ile uygulanan çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi sonucunda 20 ve altı yaşa sahip katılımcıların ortalamalarının 21-25, 26-30, ve 46-50 yaşları arasındaki katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklanmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucuna göre aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,535, p>,05).

Katılımcıların Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği için “Kişi Karakteristiği” alt boyutu ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklanmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0,637, p>,05).

Katılımcıların Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği için “Bilgilendirme ve Yön Bulma” alt boyutu ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklanmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,173, p>,05).

Katılımcıların Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği için “Yerleşim” alt boyutu ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklanmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,791, p>,05).

Katılımcıların Hastane Fiziksel Ortamı Ölçeği için “Dizayn Kalitesi” alt boyutu ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşmış farklanmadığının saptanması amacı ile yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=2,046, p<,05). Bu farkların hangi ortalamalar arasında olduğunun saptanması amacı ile uygulanan çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi sonucunda 20

ve altı yaşa sahip katılımcıların ortalamalarının 31-35 ve 46-50 yaşları arasındaki katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır.

4.1. Değişkenler Arası İlişkiler

Korelasyon analizi, aralık ve rasyo seviyesinde ölçülmüş iki değişken arasındaki ilişki veya bağımlılık olup olmadığını, varsa gücünün ve yönünün saptanması açısından çok sık tercih edilen bir analiz tekniğidir. Korelasyon analizi sonucunda elde edilen değer “korelasyon katsayısı” “r” ile ifade edilmektedir. Korelasyon katsayısı “r” “-1 ila +1” arasında bir değer almaktadır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2014: 335).

Tablo 7. Tüm Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Değişkenler		Hasta Memnuniyeti	Hastane Fiziksel Ortamı
Hasta Memnuniyeti	r	1	
	p		
Hastane Fiziksel Ortamı	r	0,740**	1
	p	,000	

**r 0,001 anlamlılık düzeyinde

Kullanılan değişkenlerin korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 7). Elde edilen sonuçlara göre, hastane fiziksel ortamı değişkeni ile hasta memnuniyeti değişkeni arasında ($r=0,740$, $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı doğrusal, yüksek derecede ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

4.2. Değişkenler Arasındaki Nedensellik Analizleri

Bu kısımda değişkenler arasındaki etki analizleri, aracılık etki analizi ve sonuçları analiz etmek amacıyla basit regresyon analizi ve hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır.

4.2.1. Hastane Fiziksel Ortamının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Hipotez 1: Hastane fiziksel ortamının hasta memnuniyeti üzerine anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Tablo 8. Hasta Memnuniyeti Uygulamalarının Hastane Fiziksel Ortamı Bağımlı Değişkeni için Etki Analizi Tablosu

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	P
Sabit	,063	,168		,374	,709
Hastane Fiziksel Ortamı	,941	,044	,740	21,565	,000
R= 0,740, R2= 0,547, Düzel. R2 =0,546 F=465,033, $p<0,001$					

Yapılan basit doğrusal regresyon analizi neticesinde hastane fiziksel ortamının hasta memnuniyeti ile yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır ($R=,740$, $R2=,547$, $p<0,001$). Bu sonuca göre hastane fiziksel ortamının hasta memnuniyeti üzerine etkisini %55 oranda açıklamaktadır. Standardize edilmiş t değerleri ve beta katsayısı incelendiğinde bağımsız değişken olan hastane fiziksel ortamının bağımlı değişken hasta memnuniyetini anlamlı bir şekilde etkilediği görülmektedir ($t=21,565$, $p<,001$). Kurulan modelin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=465,033$ $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Araştırma, İstanbul ili sınırları içerisinde hizmet sunan hastanelerin fiziksel özelliklerinin hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucundan elde edilen bulgular, konu ile alakalı daha önceden yapılan araştırmalar çerçevesinde tartışılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerde;

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre hasta memnuniyeti ortalamalarına bakıldığında kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark vardır; erkeklerin memnuniyet düzeyleri daha fazladır (Tablo 3). Hemadeh, Hammoud, Kdouh, Jaber ve Ammar'ın (2018) Lübnan'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini değerlendirmek üzere yaptıkları araştırmada erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark vardır; erkeklerin memnuniyet düzeyleri daha fazladır. Bu yönüyle bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak Tezcan vd. nin (2014) üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile genel memnuniyet ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre hastane fiziksel ortamı ile alt boyutları olan yerleşim ve dizayn kalitesi ortalamaları açısından bakıldığında kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark olup, erkeklerin hastane fiziksel ortamı algısı kadınlara göre daha fazladır (Tablo 3). Talmaç ve Soysal'ın (2021) şehir hastanelerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi üzerine yaptığı çalışmada anketin "Fiziksel Ortam" alt boyutuna göre yapılan değerlendirmelerde, katılımcıların cinsiyet değişkenine göre kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark olduğu ve erkeklerin memnuniyet düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak Aydın'ın (2020) aile sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetin hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek üzere Sivas ilinde yaptığı bir araştırmada katılımcıların cinsiyet değişkeni ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ayrıca Tezcan vd. nin (2014) üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile genel memnuniyet ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre hasta memnuniyeti ortalamalarına bakıldığında evliler ile bekârlar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4). Tezcan vd. nin (2014) üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların medeni durumu ile genel memnuniyet düzeyi puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu bağlamda, bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak Hemadeh vd. nin (2018) Lübnan'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini değerlendirmek üzere yaptıkları bir araştırmada evliler ile bekârlar arasında anlamlı bir fark vardır. Evli katılımcıların memnuniyet düzeylerinin bekârlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre hastane fiziksel ortamı algısı ve alt boyutları ortalamalarına bakıldığında evliler ile bekârlar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4). Aydın'ın (2020) aile sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetin hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla Sivas ilinde yaptığı araştırmada katılımcıların medeni durumları ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu yönüyle literatürle benzerlik göstermektedir. Ancak Talmaç ve Soysal'ın (2021) şehir hastanelerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi üzerine yaptığı çalışmada anketin "Fiziksel Ortam" alt boyutuna göre yapılan değerlendirmelerde, katılımcıların medeni durum değişkenine göre aradaki fark anlamlıdır. Evli katılımcıların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre hasta memnuniyeti ortalamalarına bakıldığında aradaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Öğrenim durumu arttıkça hasta memnuniyet ortalaması azalmaktadır. Elezi'nin (2019) Tiran'da hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada öğrenim durumu ile genel memnuniyet algısı arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Lise öğrenimi düzeyindeki katılımcıların lisans öğrenim düzeyine sahip katılımcılara göre genel memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak Tezcan vd. nin (2014) üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada katılımcıların öğrenim durumu ile genel memnuniyet puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre hastane fiziksel ortamı alt boyutları olan kişi karakteristiği, yerleşim ve dizayn kalitesi ortalamalarına bakıldığında aradaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Öğrenim durumu arttıkça hastane fiziksel ortam algısının azaldığı görülmüştür. Talmaç ve Soysal'ın (2021) şehir hastanelerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi üzerine yaptıkları bir çalışmada anketin "Fiziksel Ortam"

alt boyutuna göre yapılan değerlendirmelerde, katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre memnuniyet düzeyleri arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Bu farkın öğrenim durumu ilk ve ortaokul olan katılımcılar ile öğrenim durumu lisans ve üstü olan katılımcılar arasında olduğu bulunmuştur. Bu yönüyle bu çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Ancak Aydın'ın (2020) aile sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetin hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek üzere Sivas ilinde yaptığı araştırmada katılımcıların öğrenim durumları ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Katılımcıların yaş değişkenine göre hasta memnuniyeti ortalamalarına bakıldığında aradaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6). 20 ve altı yaşa sahip katılımcıların ortalamalarının 21-25, 26-30, ve 46-50 yaşları arasındaki katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır. Ancak Elezi'nin (2019) Tiran'da hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla yaptığı bir araştırmada yaş değişkeni ile genel memnuniyet algısı arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, 49 yaş üstü katılımcıların genel memnuniyet ortalamaları 18-28 yaş arasındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Katılımcıların yaş değişkenine göre hastane fiziksel ortamı ortalamalarına bakıldığında hastane fiziksel ortamı alt boyutu olan dizayn kalitesi olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 6). 20 ve altı yaşa sahip katılımcıların ortalamalarının 31-35 ve 46-50 yaşları arasındaki katılımcıların ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır. Talmaç ve Soysal'ın (2021) şehir hastanelerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi üzerine yaptığı çalışmada anketin 'Fiziksel Ortam' alt boyutuna göre yapılan değerlendirmelerde, yaş değişkenine göre anlamlı bir fark vardır. Bu farkın 26-35 yaş arasında olan katılımcılar ile 46 ve üzeri yaşa sahip olan katılımcılar arasında olduğu görülmüştür. Bu yönüyle bu çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Ancak Aydın'ın (2020) aile sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetlerin hasta memnuniyetine etkisini incelemek üzere Sivas ilinde yaptığı araştırmada katılımcıların yaşları ile aile hekimliğinin fiziki olanaklarından memnuniyet düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Katılımcıların hastane fiziksel ortamı algısı ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Fiziksel ortam hasta memnuniyetini etkilemektedir (Tablo 7). Akbolat vd. nin (2019) hastanelerin fiziki şartlarının hasta memnuniyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları bir araştırmada hasta memnuniyeti üzerinden hastanelerin fiziksel şartlarının oldukça önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastane fiziksel ortamının alt boyutları olan kişi karakteristiği, bilgilendirme yön bulma, yerleşim ve dizaynın da hasta memnuniyetini pozitif yönlü etkilediği, çalışmanın bir diğer önemli sonucu olarak saptanmıştır. Lacap ve Alfonso'nun (2022) hastaların fiziksel çevre yönünden memnuniyet düzeylerini ve bu memnuniyetin tavsiye etme niyetine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir araştırmada fiziksel çevre ile hasta memnuniyetinin hasta sadakatini ve tavsiye etme niyetini önemli ölçüde ve olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Taşdemir vd. 'nin (2015) hastane fiziki yapısının yatan hastaların memnuniyet düzeylerine etkisini incelemek üzere yaptıkları araştırmada sağlık kurumlarının sahip olduğu fiziki koşulların hasta memnuniyetini birebir etkilediği saptanmıştır. Bu bağlamda, bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ

Bu araştırma kapsamında, İstanbul ili sınırları içerisinde hizmet sunan hastanelerin fiziki yapısının hasta memnuniyetini üzerine etkisi incelenmiştir. Bu araştırma özelinde incelendiğinde hasta memnuniyet ölçeği, hastane fiziksel koşulları ölçeği ve ölçeğin 4 alt boyutu çerçevesinde analiz edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre:

Hasta memnuniyetine bakıldığında, cinsiyet değişkenine göre erkeklerin memnuniyet düzeyleri daha fazladır. Medeni durum değişkeninin hasta memnuniyeti üzerine etkisi yoktur. Yaş değişkeni hasta memnuniyetini etkilemektedir. Öğrenim durumu arttıkça hasta memnuniyetinin azaldığı görülmüştür.

Hastane fiziksel ortamı ile alt boyutları olan yerleşim ve dizayn kalitesi açısından bakıldığında, erkeklerin memnuniyet düzeyleri daha fazladır. Medeni durum değişkeninin hastane fiziksel ortamı algısı ve alt boyutları üzerine etkisi yoktur. Öğrenim durumu değişkeni ile hastane fiziksel ortamı, alt boyutları olan kişi karakteristiği, yerleşim ve dizayn kalitesi açısından anlamlı bir fark vardır. Öğrenim durumu arttıkça hastane fiziksel ortamı algısının azaldığı görülmüştür. Yaş değişkeni ile hastane fiziksel ortamı alt boyutu olan dizayn kalitesi açısından anlamlı bir fark vardır.

Hastane fiziksel ortamı ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Fiziksel ortam hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hastaların klinik kalite konusunda bilgi asimetrisi olduğu için hizmet kalitesi

konusunda daha çok beklentileri olmaktadır. Bu da memnuniyetin daha çok hizmet kalitesi ve fiziki yapı ile değerlendirilmesine yol açmaktadır. Ayrıca ülkemizde sağlık okuryazarlığı oranı düşük olduğu için fiziksel şartların hasta memnuniyetini etkilediğini düşünmekteyiz.

7. ÖNERİLER

Hastane fiziksel ortamının hasta memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarına göre şu öneriler sunulmaktadır:

- Hastaneler imkânları doğrultusunda fiziksel şartlarını düzenlemeli hasta memnuniyetini arttırmak için gerekli çalışmaları yapmalıdır.
- Fiziksel durumlar ile ilgili hastaların görüş ve önerileri düzenli aralıklarla alınmalıdır.
- Araştırmacılara önerimiz; bu çalışma farklı örneklem grubu ve farklı değişkenler ile yapılabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar makalede eşit katkı oranına sahiptir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yoktur.

Çatışma Beyanı: Çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- Akbaş, E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akbolat, M., Ünal, Ö. ve Amarat, M. (2019). Hastane Fiziksel Ortamına İlişkin Deneyimlerin Hasta Memnuniyetine Etkisi. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Üsküdar Üniversitesi, 20-23 Haziran 2019, İstanbul, 106-111.
- Aydın S. (2020). Aile Sağlığı Merkezinde Verilen Hizmetlerin Hasta Memnuniyetine Göre İncelenmesi: Sivas İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Chalasanı, S.H., Gurudatt, C.L. ve Ramesh, M. (2022). Patient Satisfaction, Outcomes and Experience Measures in Patients Receiving General Anaesthesia: A Prospective Questionnaire Based Observational Study. *Indian Journal of Anaesthesia*, 66(3), 224–228. doi.org/10.4103/ija.ija_945_21.
- Chang, C. S., Chen, S. Y., & Lan, Y. T. (2013). Service Quality, Trust, and Patient Satisfaction in Interpersonal-based Medical Service Encounters. *BMC Health Services Research*, 13(22), 1-11. doi.org/10.1186/1472-6963-13-22.
- Cheng, S. H., Yang, M. C. ve Chiang, T. L. (2003). Patient Satisfaction with and Recommendation of a Hospital: Effects of Interpersonal And Technical Aspects of Hospital Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 345–355. doi.org/10.1093/intqhc/mzg045.
- Coşkun, R., Altunışık, R. ve Yıldırım, E. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS uygulamalı. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Durmuş, A. (2017). Algılanan Değerin Hasta Davranış ve Tavsiye Niyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Ekinci, B. (2015). Kamu Hastanelerinin Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Elezi, O. (2019). Hasta Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma: Tiran Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya.

- Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 9 (20), 136-148. doi: 10.21076/vizyoner.363783
- Hemadneh, R., Hammoud, R., Kdouh, O., Jaber, T. ve Ammar, L. (2018). Patient Satisfaction with Primary Healthcare Services in Lebanon. The International Journal of Health Planning and Management, 34(1), 423-435. doi.org/10.1002/hpm.2659.
- Huang, J. A., Lai, C. S., Tsai, W. C., Weng, R. H., Hu, W. H. ve Yang, D. Y. (2004). Determining Factors of Patient Satisfaction for Frequent Users of Emergency Services in a Medical Center. Journal of the Chinese Medical Association, 67(8), 403-410.
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde Kat Hizmetleri ve Memnuniyet Analizi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 1(2), 155-171.
- Khan, N. (2014). Design Correlates of Patients' Travel Experience and Satisfaction in the Hospitals of Bangladesh. Doktora Tezi, University of Kansas, Kansas
- Lacap, J. P. ve Alfonso, K. J. (2022). The Mediating Role of Patient Loyalty on the Relationship Between Satisfaction on Physical Environment and Intention to Recommend. Asia-Pacific Social Science Review, 22(2), 83-99.
- Talmaç, N. ve Soysal, A. (2021). Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti: Bazı Demografik Değişkenlere Göre Adana İli Örneği. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(3), 29-42. doi: 10.52791/aksarayiibd.942908.
- Taşlıyan, M. ve Akyüz, M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 12(19), 61-66.
- Taşdemir, R., Oğuzöncül, A. F. ve Bengü Durmuş, B. (2015). Hastaneleri Fiziki Yapısının Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 10, 1-12.
- Taşlıyan, M. ve Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2 (1), 69-94.
- Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B. ve Edirne, T. (2014). Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. Pamukkale Tıp Dergisi, 7(1), 57-62.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 5(2), 69-74.
- Yanık, A. (2000). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Zengin, A. Y. ve Sağlam, Ş. (2022). Özel Hastanelerde Müşteri Memnuniyeti Unsurları ve Sadakatin Büyükşehir-Şehir Kıyaslaması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 13(33), 122-142. doi: 10.21076/vizyoner.959721



Covid-19 Pandemisinin Sosyal Medya Yansımaları: İçerik Analizi Çalışması

Social Media Reflections of the Covid-19 Pandemic: A Content Analysis Study

Uzm. Mehmet Beşir DEMİRBAŞ¹
Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAS YILMAZ²

ÖZ

Günümüzün en etkili iletişim araçlarının başında gelen sosyal medyanın kullanımı, her gün artma eğilimi göstermektedir. Sosyal medyanın hoş vakit geçirilen uygulama rolü günümüzde haber alınan, tartışma alanı olan, sorgulanan hatta adalet aranan bir role bürünmüştür. Bu bağlamda son yıllarda tüm dünyada yaşanan bir pandemi olan COVID-19 süreci de sosyal medyada en çok konuşulan, tartışılan ve haber alma talebi olan konu olmuştur. Bu durum sosyal medyada sağlık ile ilgili bilgi alışverişini arttıran önemli bir unsur olmuştur. Bu araştırma, COVID-19 döneminin sosyal medyaya yansımalarını konu alan çalışmaların nitel verilerini inceleyerek analiz etmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda nitel çalışmaları değerlendirmeye uygun içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaların analizi sonucunda elde edilen veriler ışığında birçok sınırlayıcı faktörün olduğu görülmüştür. Bu çerçevede en çok değinilen konuların başında pandemi sürecinde sosyal medya aracılığı ile yayılan bilgi kirliliği konusu olmuştur. Diğer önemli bir sonuca göre sosyal medya üzerinden yapılan haberlerin kişilerde kaygı oluşumuna sebep verdiği bunun yanında aşılma noktasında kullanıcıların görüşlerini önemli ölçüde etkilediği dikkat çekmektedir. Çoğu çalışmanın ortak önerisi ise yalnızca İngilizce paylaşımların değil farklı dillerde yapılan paylaşımların da incelenmesi gerektiğidir. Bunun yanında, özellikle üniversite düzeyinde eğitim gören öğrencilerin bu süreçlerden en az hasarla çıkmalarını sağlamak için ücretsiz psikolojik destek verilmesi gerektiği ortaya konan başka bir öneridir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Sosyal Medya, Koronavirüs, Twitter.

JEL Sınıflandırma Kodları: I12, P46, O33.

ABSTRACT

The use of social media, which is one of the most effective means of communication today, is increasing every day. The role of social media, where people enjoy themselves, has taken a role that is heard, discussed, questioned and even justice is sought. In this context, the COVID -19 trial, which has been a pandemic around the world in recent years, has also been the most discussed and demanded news in social media. This situation is an important element that increases the sharing of information about health in social media. This research aims to analyse the qualitative data of the studies on the reflections of COVID -19 period on social media. In this context, the method of content analysis was used, which is suitable for the analysis of qualitative studies. Based on the data obtained from the analysis of the studies, it has been shown that there are many limiting factors. One of the most frequently mentioned problems was information pollution through social media during the pandemic process. Another important finding is that messages disseminated on social media cause anxiety among people and significantly influence users' opinions at the time of vaccination. Most studies suggest examining not only English posts but also posts in other languages. In addition, it is suggested that students, especially university students, should receive free psychological support to ensure that they emerge from these trials as unscathed as possible.

Keywords: COVID-19, Pandemic, Social Media, Coronavirus, Twitter.

JEL Classification Codes: I12, P46, O33.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, mehmet_besir94@hotmail.com

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, fatmakantas.yilmaz@sbu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

In today's social media, where information spreads extremely fast, a lot of true or false information about the pandemic COVID -19 is circulating in the social media. This information has affected people's psychology and created confusion in society. In this context, health literacy was actually tested by the COVID -19 pandemic. During the pandemic, it was experienced that not all information is correct and that using a single source does not lead to healthy outcomes. The purpose of this study is to examine social media reflections on the COVID -19 pandemic, which has had a major impact worldwide, and to provide suggestions for possible future studies.

Design/methodology/approach:

The study compiled academic studies in the field to investigate reflections on the pandemic in social media during the period COVID -19 using the method of systematic review and attempted to draw a general conclusion. Descriptive content analysis was determined as the preferred method in the study, as it determines the general tendency within the scope of the topic and guides possible future studies.

The sources that emerged from the systematic compilation were evaluated using the method of descriptive content analysis. The first step in the meta-analysis, meta-synthesis, and descriptive content analysis methods is an effort to find the relevant sources through a literature review. Then, based on certain inclusion criteria among these sources, the desired studies are separated from the others. It is important that the inclusion criteria are well chosen.

Findings:

18 different studies in the relevant field adopted to study the reflections in the social media in the period COVID -19 are the main elements of the investigation. The systematic compilation of these studies aims to determine the way social media influences individuals during a pandemic and provide an avenue for future studies. The content analysis may be a guide to a study thought to be related to the topic, as it provides evidence of social media use during the period COVID -19. In this context, 18 studies related to social media use during the period COVID -19 were included in the study.

The studies mainly examined 'Twitter and Google Trends' posts as social platforms. Shares or usage rates on Facebook and other social media have hardly played a role in the research. In this context, it is believed that the study of other social media channels could be useful for the literature. Another detail worth mentioning is the study of English-only posts, which has been cited as a limitation in most studies. At this point, broader studies can be conducted to include other world languages besides English, which could lead to different results.

Conclusion and Discussion:

Like any study, the 18 studies included in the review have different objectives in their own way, but the most common objective was to determine the extent to which news circulating on social media reflects the truth. There are many studies in the literature that were conducted for different purposes. These studies generally assume users' social media shares. This is a study whose accuracy is questionable because it is not certain how much real feelings and thoughts are reflected by social media posts. In this context, many new studies can be conducted whose priority is health and social media.

It is considered that it would be beneficial to consider the following topics in order to shed light on possible future research using the data obtained from the studies;

- Research on the exclusion of people with coronavirus on social media.
- Research on the extent to which social media influencers (celebrities) share their posts.
- Research on what kind of changes staying home has caused in people's outlooks on life.
- Research on how eating habits have changed during time spent on social media.
- Research on the level of addiction to online games during the pandemic.
- Investigating changes in users' perceptions of art caused by spending time in online media due to closures.
- Conducting studies on the quality of education in the COVID-19 process.
- Investigating the controllability of social media shares in the field of health.
- Conduct studies examining the relationship between the pandemic process and the level of book reading.
- Studies examining the extent to which air pollution has changed in countries with full closure.
- Do posts on social media during the COVID -19 era trigger violence against healthcare workers? Object of research.
- To examine the extent to which social media addiction is triggered in children, adolescents, and the elderly during the pandemic.
- To examine changes in the extent of potential divorce related to domestic violence during the COVID -19 era.

1. GİRİŞ

2019 yılından bu yana geçen sürede Türkiye ve dünya gündeminin en önemli konusu COVID-19 pandemisi olmuştur. Tarihsel gelişimler incelendiğinde neredeyse her 100 yılda bir bu tür bir salgınla mücadele etmek zorunda kalan dünya ve insanoğlu duygularını her dönem farklı bir biçimde ifade etme fırsatı bulmuştur. Bu kimi zaman duvar resimleri yapmak, kimi zaman kitap yazmak ve kimi zaman günümüzde olduğu gibi yazılı veya sözlü medyayı kullanarak gerçekleşmiştir.

İletişimde teknolojilerinin altın çağı olan 21. Yüzyılda bireylerin duygu ve düşüncelerini, anlık olarak paylaşabilecekleri sosyal mecralar ortaya çıkmıştır. Kişileri sosyal ve ekonomik durumları, yaşları, cinsiyetleri veya hangi ırktan oldukları fark etmeksizin ortak bir noktada buluşturan yeni iletişim yönteminin adı sosyal medyadır. Sosyal medya her an güncelliğini koruyan, kişilerin oturdukları yerden birbirleri ile iletişim halinde oldukları, sürekli yeni bir şey öğrenme veya öğretmeyi mümkün kılan etkili bir iletişim aracıdır. (Öztürk ve Talas, 2015). Sosyal medya son yıllarda yazılı ve görüntülü medya kullanımının oldukça üzerinde bir kullanıma sahiptir. Bu durum sosyal medya kullanıcılarının özellikle akıllı telefonlar ile istenilen anda, istenilen bilgiye erişimi açık hale getirmektedir. Sosyal medya kullanıcısı içeriği her ne olursa olsun fikrini dile getirebilir ve karşılıklı etkileşimde bulunabilir. Bu etkileşimler kullanıcının daha çok paylaşım yaparak etkileşim talebini artırıp daha fazla paylaşım yapmayı teşvik eder (González-Padilla ve Tortolero-Blanco, 2020). Bu kapsamda tüm dünyanın 2019 yılından itibaren karşı karşıya kaldığı COVID-19 pandemi süreci de sosyal medyada en çok konuşulan, sağlık politikalarını değiştirecek etkiye sahip olan ve üzerine yorum yapılan konulardan biri olmuştur (Baydili, 2021; Türkoğlu ve Yılmaz, 2021). COVID-19 salgını bireylerin yaşam hakkına sınır getiren küresel bir problem olmasından dolayı sosyal medya üzerinde bu konuda birçok doğru veya yanlış bilgi/haber yayılmıştır (Pennycook, McPhetres, Zhang, Lu ve Rand, 2020).

Sosyal medyanın en büyük gücü bir bilginin doğrudan milyonlarca insana çok kısa bir sürede ulaşabilmesidir. Bu sebeple diğer küresel felaketlere nazaran (küresel ısınma, buzulların erimesi vs.) COVID-19 pandemisinin etkisi, bireysel vatandaşların eylemlerine ve dolayısıyla insanların maruz kaldığı bilgilerin kalitesine bağlı olarak yayılım gösterdiği için sosyal medyada COVID-19 hakkındaki yanlış birçok bilgi hızla yayılmıştır (Frenkel, Alba ve Zhong, 2020). Bu kapsamda COVID-19 söz konusu olduğunda, bu yanlış bilginin etkisiyle, virüsün Çin'de biyolojik bir silah olarak yaratıldığına dair komplo teorilerinden, siyasi olarak ülkelerin nüfus azaltma çabaları için bu virüsün üretildiği iddialarına kadar birçok yanlış bilgi veya haber sosyal medyada gündem olmuştur (Mosleh, Pennycook ve Rand, 2020).

Bilgi yayılma hızının son derece yüksek olduğu günümüz sosyal medyasında COVID-19 pandemisi hakkında da birçok doğru veya yalan bilgi sosyal medyada gezinmiştir. Bu bilgiler kişilerin psikolojilerini etkilemiş ve toplumlarda karmaşaya sebebiyet vermiştir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı aslında COVID-19 pandemisiyle beraber test edilmiştir. Her bilginin doğru olmadığı tek bir kaynaktan yararlanmanın sağlıklı sonuçlar veremeyeceği pandemi sürecinde tecrübe edilmiştir (Baydili, 2021).

Çalışmanın amacı, tüm dünyada büyük etki gösteren COVID-19 pandemisinin sosyal medya yansımalarının neler olduğunun incelenmesi bununla birlikte ileride yapılması muhtemel çalışmalara yol gösterici öneriler sunmaktır.

2. YÖNTEM

Çalışmada tercih edilen yöntem, ele alınan konu kapsamında genel eğilimin saptanması ve gelecekte yapılması muhtemel çalışmalara yol gösterme özellikleri dolayısıyla betimsel içerik analiz yöntemi olarak belirlenmiştir (Ültay, Akyurt ve Ültay, 2021). Kısaca betimsel içerik analizi, bir konu üzerinde yapılmış nicel veya nitel çalışmalar değerlendirilerek genel eğilim hakkında fikir sahibi olunmasını sağlamaktadır (Cohen, Manion ve Morrison, 2007). İçerik analizleri üç ana kategoride değerlendirilmektedirler. Bunlar; meta-analiz, meta-sentez (tematik içerik analizi) ve betimsel içerik analizidir (Çalık ve Sözbilir, 2014). Bu kapsamda çalışmada, COVID-19 döneminde yapılmış, pandeminin sosyal medyaya yansımalarını incelemek amacıyla alana yönelik yapılan akademik çalışmalar sistematik derleme yöntemi ile derlenerek genel bir sonuca varmaya çalışılmıştır. Önceden yapılmış çalışmanın irdelenmesine olanak sağlayan sistematik derleme hem nicel hem de nitel çalışmalarda veri toplama açısından oldukça kullanışlıdır (Cohen ve diğerleri, 2007; Tacconelli, 2010).

Sistemik derleme sonucunda ulaşılan kaynaklar betimsel içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Meta-analiz, meta-sentez ve betimsel içerik analizi yöntemlerinde ilk adım literatür taramasının yapılarak ilgili kaynaklara ulaşmaktır. Daha sonra bu kaynaklar arasından belirli dâhil etme kriterleri kullanılarak istenen çalışmalar diğerlerinden ayrı olarak değerlendirilmektedir. Dâhil etme kriterlerinin iyi seçilmesi önem teşkil etmektedir (Field ve Gillett, 2010).

2.1. Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri

Türkiye veya dünyada yaşanan COVID-19 Pandemisine yönelik sosyal medya temalı makale, tez ve raporlar ana çalışma kaynakları olarak belirlenmiştir. Çalışmaların araştırmaya kabul edilme kriterlerini şu şekilde sıralayabiliriz; çalışmaların 2019 ve sonrasında yayınlanmış, COVID-19 ve sosyal medya konularını işleyen, erişilebilir, Türkçe ve/veya İngilizce dillerinde yazılmış makale, rapor ve tezler çalışmanın dâhil etme kriterleridir. Bu kapsamda Google Akademik, Pubmed ve Academia veri tabanlarında tarama yapılmıştır.

Literatür Taramasında Kullanılan "Anahtar Sözcükler"

Anahtar kelimeler oluşturulurken COVID-19 pandemisi literatürü dikkate alınmıştır. Bu kapsamda oluşturulan anahtar kelimeler ve bu kelimelerle ulaşılan çalışma sayıları Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Literatür İncelemesinde Kullanılan Anahtar Kelimeler ve Ulaşılan Çalışma Sayıları

Anahtar Kelimeler		
Türkçe Kelimeler	İngilizce Kelimeler	Ulaşılan Çalışma Sayısı
COVID-19 ve Sosyal Medya	COVID-19 and Social Media	7
Yeni Medya	New Media	0
Sosyal Medya	Social Media	5
Pandemi	Pandemic	3
Dijital medya	Digital Media	3

Tablo’da gösterildiği üzere anahtar kelimeler taranırken, araştırmaya dahil etme kriterleri göz önüne alınmıştır. Bu kapsamda ‘COVID-19 ve Sosyal Medya’, ‘COVID-19 and Social Media’ kelimeleri üzerinde durulmuştur.

Türkçe Literatür Taramasında Kullanılan Kelime Stratejisi;

(“Sosyal Medya” VEYA “Dijital Medya” VEYA “Sosyal Medya ve COVID-19”) VE (“Türkiye’de COVID 19” VEYA “Türkiye’de Sosyal Medya” VEYA “Pandemi”) VE (“Yeni Medya” VEYA “Pandemi Döneminde Sosyal Medya” VEYA “Sosyal Medya ile COVID-19”).

İngilizce Literatür Taramasında Kullanılan Kelime Stratejisi;

(“Social Media” OR “Digital Media” OR “Social Media and COVID-19”) AND (“COVID 19 in Turkey” OR “Social Media in Turkey” OR “Pandemic”) AND (“New Media” OR “Social Media During the Pandemic” OR “COVID-19 with Social Media”).

3. BULGULAR

Yaşanan pandemi dönemi birçok bilim insanının alana yönelik çalışmalar yapmasını tetiklemiştir. Bu kapsamda yapılan bu çalışma 2019-2021 yılları arasında yaşanan COVID-19 pandemisinin sosyal medyada ne gibi etkileri olduğunu, insanoglunun ne gibi tepkiler verdiğini yapılan çalışmaları derleyerek yanıtlamayı hedeflemiştir. Araştırmalar sistemik derleme yöntemi ile taranarak çalışmaya eklenmiştir. Daha sonra çalışmaya dahil edilen bu araştırmaların içerikleri betimsel içerik analizi yöntemiyle tablolaştırılarak yorumlanmıştır. Tablo 2’de araştırmaya dahil edilen çalışmalar ile alakalı aşağıdaki bilgiler yer almaktadır;

- Deseni
- Yöntemi
- Alanı

- Sınırlılıkları
- Anahtar Sözcükler

Yapılan bu çalışma ile bazı soruların yanıtları aranmıştır. Bu sorular;

- Araştırmaların amaçları nelerdir?
- Yapılan araştırmalarda saptanan önemli sonuçlar nelerdir?
- Yapılan araştırmalar ileride yapılacak çalışmalara ne gibi öneriler sunmuştur?

Çalışmalar incelenirken herhangi bir karışıklık durumuna karşın kodlama yöntemine gidilmiştir. Bu kapsamda 'Araştırma' ve 'Çalışma' kelimelerinin kısaltılarak birleştirilmesinden elde edilen AÇ-01, AÇ-02... şeklinde bir kodlama yapılmıştır (Tablo 2).

Çalışmanın ilerleyen kısımlarında herhangi bir karmaşa olmaması adına araştırmalar kod adları ile anılacaktır.

Tablo 2. İncelenen Çalışmaların Yapısı ile İlgili Veriler

Kod/Kaynak	Desen	Yöntem	Çalışmanın Alanı	Sınırlılık	Anahtar Kellimeler
AÇ-01 (Koh ve Liew, 2020).	Konu Modelleme	İçerik Analizi	Twitter	01.03.20-01.07.20 Arası Twitter Paylaşımları	Loneliness, COVID-19
AÇ-02 (Çerçi, Canöz ve Canöz, 2020).	Nicel	Alan araştırması	Sosyal Medya	15 yaş ve üzeri	COVID-19, Sosyal Medya, Kriz İletişiminde Sosyal Medya
AÇ-03 (Pennycook ve diğerleri, 2020).	Nicel	Anket	Sosyal Medya	ABD vatandaşı olmak	social media, decision making, policy making
AÇ-04 (Ahmed, Vidal-Alaball, Downing ve Seguí, 2020).	Nicel	Sosyal Ağ Analizi, İçerik Analizi	Twitter	Sadece ingilizce twitlerin incelenmesi	COVID-19, 5G; social network analysis, social media
AÇ-05 (Rocha ve diğerleri, 2021).	Sistemantik Derleme	Meta-Analiz	Sosyal Medya	01.01.20 ile 11.05.21 tarihleri arasında MedLine, Virtual Health Library (VHL) ve Scielo taranmıştır.	COVID-19, Fake news, Health, Infodemic knowing
AÇ-06 (Shehata ve Abdeldaim, 2021).	Nicel	Kartopu Örnekleme	Sosyal Medya	Katılımcıların sadece Mısırlı olması	Social media · Panic · Adults · COVID-19 · Pandemic · Egypt
AÇ-07 (Rovetta ve Bhagavathula, 2020).	Nicel	İçerik Analizi	Google Trends	Sadece google trends verilerinin kullanılması	COVID-19, Google search, Google Trends
AÇ-08 (Badell-Grau, Cuff, Kelly, Waller-Evans ve Lloyd-Evans,	Nicel	İçerik Analizi	Google Trends	Sadece google trends verilerinin kullanılması, 6 ülke ile sınırlı olması	chloroquine, COVID-19, fake news; Google Trends

2020).					
AÇ-09 (An ve diğerleri, 2021).	Nicel	İçerik Analizi	Google Trends	ABD ile sınırlı olması, Google trends aramaları ile sınırlı olması	COVID-19, vaccine, infodemiology, internet, trend
AÇ-10 (Bastani, Hakimzadeh ve Bahrami, 2021).	Nitel	Söylem Analizi	Sosyal Medya	İran ile sınırlı olması	COVID-19, Misinformation, Infodemic
AÇ-11 (Abd-Alrazaq, Alhuwail, Househ, Hai ve Shah, 2020).	Nicel	İçerik Analizi	Twitter	Twitter ve İngilizce ile sınırlı olması	COVID-19, social media, public health, twitter
AÇ-12 (Luo, Chen ve Liao, 2021).	Nicel	Anket	Sosyal Medya	Sadece Çinlilere yapılması	Social media addiction, Prevalence rate, Before and during COVID-19
AÇ-13 (Topf ve Williams, 2021).	Nitel	Söylem Analizi	Sosyal Medya	Sadece Hekimlerle yapılması	Social media, Twitter, Youtube, COVID-19
AÇ-14 (Wilson ve Wysonge, 2020).	Nicel	Regresyon Analizi	Sosyal Medya	Yoktur.	Social media, vaccine
AÇ-15 (Zalewska, Gańczyk, Sobolewski ve Białokoz- Kalinowska, 2021).	Nicel	Anket	Sosyal Medya	Sadece fizyoterapi öğrencilerine yapılması	COVID-19, depression, Beck Depression
AÇ-16 (Li ve diğerleri, 2020).	Nicel	Regresyon Analizi	Sosyal Medya	Nedensellik tam ölçülememektedir.	COVID-19, anxiety, panic, social media
AÇ-17 (Saha, Torous, Caine ve de Choudhury, 2020).	Konu Modelleme	İçerik Analizi, Dil analizi	Twitter	Twitter ve İngilizce ile sınırlı olması	social media, Twitter, language, COVID-19
AÇ-18 (Shao, Shi ve Zhang, 2021).	Nicel	Anket	Sosyal Medya	Geriye dönük bilgilerin kesin olmaması	COVID-19, pandemic, emotion regulation

Çalışmanın bu kısmında COVID-19 döneminin sosyal medya yansımaları ve bahsi geçen araştırmaların amaç, sonuç ve önerilerine yer verilmiştir.

Tablo 3. Çalışmaya Kabul Edilen Araştırmaların Amaçları

KOD	AMAÇ
AÇ-01	COVID-19 salgını sırasında Twitter'da yalnızlık ifadesinin incelenmesi ve çeşitli topluluklar arasında yalnızlığın temel alanlarını belirlemek.
AÇ-02	Sosyal medya kullanıcıları bireylerin Koronavirüs pandemisi süresince sosyal medya kullanım oranlarını araştırmak.
AÇ-03	Sosyal medya kullanıcılarının doğru haber ile yalan haber arasındaki farkı ayırt edip edemediklerinin incelenmesi.
AÇ-04	5G COVID-19 komplo teorisinin itici güçleri ve bu tür yanlış bilgilerle başa çıkma stratejileri hakkında bir anlayış geliştirmektir.
AÇ-05	Çalışma, sosyal medyanın bilgi salgınlarının yaygınlaşmasına etkisini ve sağlık üzerindeki etkilerini sistematik bir inceleme ile değerlendirmeyi amaçlamıştır.
AÇ-06	Sosyal medyanın Mısır'daki yetişkinler arasında COVID-19 hakkında panik yayma üzerindeki etkisini belirlemek.
AÇ-07	COVID-19 salgınıyla ilgili çevrimiçi arama davranışını ve İtalya'da dolaşan "infodemik takma adların" (yani yorum hatalarına, sahte haberlere, ırkçılık dönemlerine yol açan hatalı bilgiler vb.) tutumlarını araştırmak.
AÇ-08	Bu çalışma, altı ülkedeki (Avustralya, İspanya, Birleşik Krallık, Almanya, İtalya ve ABD) tanımlanmış COVID-19 ile ilgili arama terimlerinin internette aranması ile kişi başına düşen vaka ve ölümler arasındaki herhangi bir ilişkiyi belirlemeyi amaçlamaktadır.
AÇ-09	Çalışma ile, Amerika Birleşik Devletleri'nde halka açık aşılama çabalarının başlaması sırasında COVID-19 aşılılarıyla ilgili çevrimiçi arama davranışını tanımlamak amaçlanmıştır.
AÇ-10	Bu çalışma, İranlı sağlık uzmanlarının sosyal medyada yayılan COVID-19 ile ilgili yanlış bilgiler hakkındaki söylemlerini niteliksel olarak analiz etmeyi amaçlamıştır.
AÇ-11	Bu çalışma, Koronavirüs pandemisi ile ilgili Twitter kullanıcılarının paylaştığı ana konuları belirlemeyi amaçlamaktadır.
AÇ-12	COVID-19 ile birlikte sosyal medya bağımlılığının artıp artmadığının belirlenmesi, beraberinde stres, kaygı ve anksiyete gibi durumlarda artış yaşanıp yaşanmadığının araştırılması.
AÇ-13	Hekimlerin COVID-19 döneminde sosyal medyanın da etkisiyle toplumdaki rolü ile ilgili değişimlerin incelenmesi.
AÇ-14	Sosyal medyanın ve çevrimiçi yabancı dezenformasyon kampanyalarının aşılama oranları ve aşı güvenliğine yönelik tutumlar üzerindeki etkisini küresel olarak değerlendirmek.
AÇ-15	Çalışmanın amacı, COVID-19 salgını sırasında Polonya üniversitelerinde okuyan fizyoterapi öğrencileri arasında hareketli yaşam ve internet bağımlılığı ile ilişkili depresyon düzeyini değerlendirmektir.
AÇ-16	Çalışmanın amacı, üniversite öğrencileri arasında psikolojik belirtilerin yaygınlığını değerlendirmek ve bunların sağlık riski iletişimi ve sosyal medyaya olan ilgilerini araştırmaktır.
AÇ-17	Çalışma, sosyal medya verilerinden yararlanarak COVID-19 salgını sırasında insanların psikososyal kaygıları hakkında bilgi sağlamayı amaçlamaktadır.

AÇ-18	Bütünsel ve çok düzeyli bir bakış açısına dayanan bu çalışma, pandemi ile ilişkili duygusal tükenmenin içsel, kişilerarası ve hiperkişisel duygusal düzenleme stratejilerini nasıl yürürlüğe koyduğunu incelemekte ve daha sonra bu stratejilerin etkinliğini, özellikle aşırı kişisel düzeyde veya sosyal medya tabanlı düzenlemenin rolünü anlamaya yönelik bir ilgiyle değerlendirmektedir.
--------------	--

Araştırma yapmak, merak edileni bulma çabası olarak insanoğlunun en eski geleneklerinden biridir. Dünya üzerinde hangi bilim dalı olursa olsun yapılan her bir araştırmanın olmazsa olmazı bir amacının olmasıdır. Bu kapsamda yapılan bir çalışmanın amacı o çalışmayı dikkate değer kılmak adına oldukça önemlidir. Araştırmaya dâhil edilen çalışmaların da amaçları bu sebeple incelemeye değerdir (Aygin, 2019).

Çalışmalar incelendiğinde sosyal medya ve COVID-19 arasındaki ilişki ile alakalı olarak en çok işlenen konu pandemi döneminde sosyal medyadan yayılan haberlerin doğruluğu ve güvenilirliği konusunda olmuştur. Bu kapsamda AÇ-03, AÇ-04, AÇ-05, AÇ-07 ve AÇ-10 COVID-19 döneminde sosyal medyanın yalan haber üretimi ve kişileri etkilemesini incelemeyi amaç edinmişlerdir. Üç ayrı çalışmada yer alan Pandemi sürecinde sosyal medya kullanım oranlarının ne düzeyde olduğu konusu dikkat çekmektedir. Sosyal medya kullanım düzeyini araştırmayı amaç edinen bu çalışmalar ise AÇ-02, AÇ-12 ve AÇ-15'tir. COVID-19 döneminde sosyal medya kullanıcılarının psikolojik ve psikososyal durumlarını inceleme amacıyla yapılan çalışmalar ise AÇ-16, AÇ-17 ve AÇ-18 olarak çalışmada yer almıştır. AÇ-08 ve AÇ-09 pandemi döneminde sosyal medya kullanıcılarının yaptığı aramaları incelemek istemiş ve bu amaçla çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir. Sosyal medyanın pandemi sürecinde kullanıcıların panik durumunu ne şekilde etkilediğini incelemeyi amaçlayan AÇ-06 iken kullanıcıların COVID-19 döneminde yalnızlık duyguları üzerine araştırma gerçekleştiren çalışma AÇ-01'dir. Pandemi süresince sosyal medya kullanıcılarının ne tür paylaşımlar yaptığını merak ederek konu üzerinde çalışmayı amaçlayan AÇ-11 iken pandemi sürecinde hekimlerin değişen rollerini sosyal medya üzerinden değerlendirmeyi amaçlayan çalışma ise AÇ-14 olarak bu çalışmada yerini almıştır. Sosyal medya paylaşımlarının aşı karşıtlığını tetikleyip tetiklemediğini araştırmayı amaç edinen AÇ-14 bu kapsamda küresel bir değerlendirme yapmıştır.

Tablo 4. Çalışmaya Dâhil Edilen Araştırmaların Sonuçları

KOD	SONUÇLAR
AÇ-01	COVID-19 pandemisi sırasında yalnızlığa ilişkin Twitter verileri halkın gerçek zamanlı yakın duygularını yansıtmaktadır. Bu durum gelişen ruh sağlığı için sosyal medyanın yararlı olabileceğini göstermektedir.
AÇ-02	Sosyal medya kullanıcılarının COVID-19 süreci ile ilgili bilgilenmede en güvenilir buldukları bilgi kaynağı "Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın Kendisi" iken, Bakanın yaptığı açıklamalar ve paylaşımları en güvenilir bilgi kaynağı olarak değerlendirilmiştir.
AÇ-03	Katılımcıların sosyal medya haberlerinin doğruluğunu çok dikkate almadan paylaşmaya meyilli olduğu görülmüştür.
AÇ-04	Çalışma sahte haber sitelerinin kullanıcılar tarafından paylaşılan en popüler web kaynağı olduğunu göstermektedir.
AÇ-05	COVID-19 pandemisinde, yanlış bilgi veya söylentileri yayma eğilimi, farklı yaşlardaki popülasyonlarda kaygı gelişimi ile doğrudan ilişkilidir.
AÇ-06	Dahil edilen Mısırlı yetişkinlerin yarısından fazlası, COVID-19 ile ilgili haberlerin sosyal medya platformlarında yayınlanmasının insanlar arasında paniğin yayılmasını artırdığını belirtmiştir. Pandemi döneminde sosyal medyanın dayattığı paniğin asıl etkisinin ise psikolojik etki olduğu sonucuna varılmıştır.

AÇ-07	Google arama sorgusu verileri bölgesel ve nüfus düzeyinde COVID-19'a ilginin arttığını göstermiştir. Dezenfektanlar, yüz maskeleri, sağlık bültenleri ve COVID-19 ile ilgili aşılarda ve semptomlarla ilgili aramalar, en çok aranan anahtar kelimeler olarak bulunmuştur.
AÇ-08	COVID-19 ile ilgili vakalar ve ölümler ile hükümet politikalarını, tıbbi müdahaleleri ve bilimsel yanlış bilgileri çevreleyen çevrimiçi aramalar arasında olumlu bir ilişki tespit edilmiştir.
AÇ-09	Bu çalışma, 2021'in başlarında COVID-19 aşısıyla ilgili çevrimiçi arama davranışında ve eczanelerde aşı bulunabilirliği ile ilgili aramaların oranında bir artış olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, halkın COVID-19 aşılama çabalarının ilk aşamasında aşı olma niyetinde ve kamu yararındaki artışla tutarlıdır.
AÇ-10	Yanlış bilgi yayılımının sonuçları arasında psikososyal, ekonomik, sağlık durumu, sağlık sistemi ve etik olanlar yer almaktadır.
AÇ-11	Ortalama duygu 10 konu için olumlu ve 2 konu için olumsuzdu (COVID-19'un neden olduğu ölümler ve artan ırkçılık). Hesap takipçilerinin tweet konuları için ortalama 2722 (artan ırkçılık) ile 13.413 (ekonomik kayıplar) arasında değişirken. Tweetlerin en yüksek beğeni ortalaması 15.4 (ekonomik kayıp), en düşük beğeni ortalaması 3.94 (seyahat yasakları ve uyarılar) olarak tespit edilmiştir.
AÇ-12	Bu çalışma, COVID-19 öncesi ile karşılaştırıldığında, COVID-19 sırasında haftalık sosyal medya kullanımının önemli ölçüde arttığını göstermiştir. Ayrıca cinsiyet fark etmeksizin artan sosyal medya kullanımı daha fazla stres, kaygı ve anksiyete sebep olmuştur.
AÇ-13	Çalışma sonunda hekimlerin toplumsal açıdan rollerine yeni özelliklerin tanımlandığı bunların en önemlisinin hekimin sosyal medyada yanlış bilinenlere karşı halkı bilgilendirmek olduğu sonucuna varılmıştır.
AÇ-14	Sosyal medyada yapılanma ile halkın aşı güvenliğine ilişkin şüpheleri arasında önemli bir bağlantı olduğu sonucuna erişilmiştir. Ayrıca, yabancı dezenformasyon kampanyaları ile azalan aşı kapsamı arasında önemli bir bağlantı olduğu düşünülmektedir.
AÇ-15	Çalışma, düzenli fiziksel aktivite ve internetin dikkatli kullanımının bir pandemi sırasında zihinsel sağlığı korumanın ayrılmaz bir parçası olduğu gerçeğini vurgulamaktadır.
AÇ-16	Üniversite öğrencileri arasında psikolojik semptomların COVID-19 pandemisi sırasında yüksek seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.
AÇ-17	2020'deki sosyal medya verilerini kullanarak COVID-19 krizinin psikososyal etkileri incelenmiştir ve insanların ruh sağlığı semptomatik ve destekleyici ifadelerinin COVID-19 döneminde 2019'daki benzer verilerle kıyaslandığında dikkate değer bir miktarda arttığı tespit edilmiştir. Ancak insanların koşullara ve "yeni normallerine" adapte olduklarını düşünülürse bu etkinin azalması beklenmektedir.
AÇ-18	Yapısal eşitlik modellemesini kullanan bu çalışma, içsel düzeydeki ve kişiler arası düzeydeki duygu düzenleme stratejilerinin, bireylerin çıktılarını yeniden değerlendirmeleriyle pozitif olarak ilişkili olduğunu bulmuştur. İçsel ve kişilerarası düzenlemelerin aksine, olumsuz duyguları ifşa etme ve yeniden tweetleme gibi aşırı kişisel (sosyal medya tabanlı) düzenleme stratejileri, sonucun yeniden değerlendirilmesi ile negatif ilişkilidir.

Çalışmaya dâhil edilen 18 araştırma çeşitli sonuçlara ulaşmıştır. Bu sonuçları belli başlıklar altında toplamak çalışmaların daha anlaşılır olmasını sağlayabilir. Bu kapsamda araştırmaların sonuçları incelenecek olursa;

AÇ-01, COVID-19 dönemi boyunca yalnızlık üzerine sosyal medya yoluyla yapılan paylaşımlarda, kullanıcıların gerçek zamanlı yakın duygularını yansıttığı sonucuna ulaşmıştır (Koh ve Liew, 2020). AÇ-02'de ise Türkiye'de sosyal medya kullanıcılarının en güvendiği paylaşımların Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın attığı twitler olduğu sonucuna varılmıştır (Çerçi ve diğerleri, 2020). Dikkate değer başka bir sonuca göre ise AÇ-03'de yapılan

çalışma ile sosyal medya kullanıcıları doğruluğu kesin olmayan haberleri yayma konusunda oldukça rahat oldukları bulgusuna yer verilmiştir (Pennycook ve diğerleri, 2020). Benzer bir çalışmaya sahip olan AÇ-04'ün sonuçlarına göre ise sosyal medya kullanıcıları yalan haber yayma konusunda başarılı olan web sayfalarını daha çok takip etmektedirler (Ahmed ve diğerleri, 2020). Farklı yaşlarda kaygı gelişiminin pandemi döneminde, sosyal medyada yanlış haber yayma noktasında etkili olduğu sonucuna varılan AÇ-05 olurken AÇ-06'da COVID-19 ile alakalı haberlerin sosyal medyada yayınlanmasının insanlar arasında paniği yayan bir etken olduğu sonucuna varılmıştır (Rocha ve diğerleri, 2021; Shehata ve Abdeldaim, 2021). Sosyal medyada en çok aranan kelimelerin dezenfektanlar, yüz maskeleri ve aşı olduğu sonucuna ulaşan çalışma AÇ-07 olmuştur (Rovetta ve Bhagavathula, 2020). AÇ-08'de COVID-19 ile ilgili vakalar ve ölümler ile hükümet politikalarını, tıbbi müdahaleleri ve bilimsel yanlış bilgileri çevreleyen çevrimiçi aramalar arasında olumlu yönde bir ilişki tespit edilmiştir (Badell-Grau ve diğerleri, 2020). AÇ-09 kodlu çalışma ise aşı olma talebi ile sosyal mecralarda aşı konulu aramaların doğrudan ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (An ve diğerleri, 2021). AÇ-10 kodlu çalışmaya göre; yanlış bilgi yayılımının sonuçları arasında psikososyal, ekonomik, sağlık durumu, sağlık sistemi ve etik olanlar yer almaktadır (Bastani ve diğerleri, 2021). AÇ-11, Twitter kullanıcıları üzerinde yapılan çalışmayla en yüksek beğeni ortalamasının ekonomik kayıp temalı twitler olduğu, en düşük beğeni ortalamasının ise seyahat yasakları ve uyarılar üzerine atılan twitler olduğunu tespit etmişlerdir (Abd-Alrazaq ve diğerleri, 2020). Diğer bir çalışmada (AÇ-12), COVID-19 öncesi ile karşılaştırıldığında, COVID-19 sırasında haftalık sosyal medya kullanımının önemli ölçüde arttığını göstermiştir (Luo ve diğerleri, 2021). Ayrıca cinsiyet fark etmeksizin artan sosyal medya kullanımının daha fazla stres, kaygı ve anksiyete sebep olduğu sonucuna varılmıştır. Hekimlerin rolleri üzerine yapılan çalışmayı içeren AÇ-13 ise hekimlerin toplumsal açıdan rollerine yeni özelliklerin tanımlandığı bunların en önemlisinin hekimin sosyal medyada yanlış bilinenlere karşı halkı bilgilendirme rolü olduğu sonucuna varılmıştır (Topf ve Williams, 2021). AÇ-14 koduyla incelenen çalışma, sosyal medyada yapılanma ile halkın aşı güvenliğine ilişkin şüpheleri arasında önemli bir ilişki olduğunu gözlemlenmiştir (Wilson ve Wiysonge, 2020). Pandemi döneminde zihinsel sağlığı korumak için çalışma, düzenli fiziksel aktivite ve sınırlı internet kullanımının gerekli olduğu sonucuna varan çalışma ise AÇ-15'tir (Zalewska ve diğerleri, 2021). AÇ-16'da, üniversite öğrencileri arasında psikolojik semptomların COVID-19 pandemisi sırasında yüksek seviyelerde olduğu incelenmiştir (Li ve diğerleri, 2020). AÇ-17 kodlu çalışmada COVID-19 döneminde sosyal medya kullanıcılarının ruh sağlığı semptomatik ve destekleyici ifadelerinin pandemi öncesine göre arttığı tespit edilmiştir (Saha ve diğerleri, 2020). Yapısal eşitlik modellemesini kullanan bu çalışma (AÇ-18), içsel düzeydeki ve kişiler arası düzeydeki duygu düzenleme stratejilerinin, bireylerin çıktılarını yeniden değerlendirmeleriyle pozitif olarak ilişkili olduğunu bulmuştur. İçsel ve kişilerarası düzenlemelerin aksine, olumsuz duyguları ifşa etme ve yeniden tweetleme gibi aşırı kişisel (sosyal medya tabanlı) düzenleme stratejileri, sonucun yeniden değerlendirilmesi ile negatif ilişkilidir (Shao ve diğerleri, 2021).

Tablo 5. Çalışmaya Kabul Edilen Araştırmaların Çalışma Önerileri

KOD	ÖNERİLER
AÇ-01	Yapılacak potansiyel araştırmalarda COVID-19 pandemisi sırasında yaşanan yalnızlık duygusu problemi gibi yeni sorunlar ele alınabilir.
AÇ-04	Yapılabilecek olası benzer bir çalışmanın daha kapsamlı olması için İngilizce ile beraber farklı diller de çalışmaya dahil edilebilir.
AÇ-16	Gelecekteki araştırmalar, küresel bir pandemi salgını sırasında üniversite öğrencilerinin psikolojik olarak iyi olmalarını sağlamak amacıyla müdahale önlemlerine odaklanmalıdır.
AÇ-17	Gelecekte yapılacak buna benzer çalışmalar İngilizce ile beraber farklı diller de eklenerek zenginleştirilmelidir.
AÇ-18	Gelecekteki çalışmalar, çeşitli düzenleme davranışlarını incelerken çok seviyeli yaklaşımı benimsemeyi düşünmelidir.

Çalışmaya dâhil edilen 18 çalışma içerisinde bir kısmı gelecekte yapılacak benzer araştırmalar için çeşitli tavsiyeler vermiştir. Öneri sunmayan çalışmalar tablo 5'e dahil edilmemiştir. Bu kapsamda AÇ-01 yalnızlık konusunu irdelerken benzer çalışmaların farklı duygu türleri üzerinden tekrarlanabileceğini söylemiştir. AÇ-04'de ise sadece İngilizce dilinde yapılan paylaşımların incelenmesinin bir kısıt olduğu bu sebeple daha sonra yapılması muhtemel benzer çalışmalarda dil çeşitliliğinin sağlanmasının fayda getireceği düşünülmektedir. AÇ-16 gelecekte yapılacak benzer çalışmalarda üniversite öğrencilerinin bir pandemi sırasında psikolojilerini korumalarına yönelik çalışmaların yapılmasını önermiştir. Yabancı dil noktasında İngilizce dışındaki diğer dilleri kullanmayı öneren bir diğer çalışma da AÇ-17'dir. AÇ-18 kodlu çalışma ise gelecekteki çalışmaların, çeşitli düzenleme davranışlarını incelerken çok seviyeli yaklaşım yöntemini benimsemesi gerektiği önerisinde bulunmaktadır.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

COVID-19 döneminin sosyal medya yansımalarını incelemek amacıyla kabul edilen, ilgili alanda yapılmış 18 farklı çalışma araştırmanın ana unsurlarıdır. Bu çalışmaların sistematik olarak derlenmesi ile sosyal medyanın pandemi döneminde bireyleri hangi şekilde etkilediğinin incelenmesi ve olası çalışmalara yol göstermesi bakımından önemlidir. COVID-19 döneminde sosyal medyanın kullanımına ilişkin ipuçları vermesinden dolayı konu ile alakalı yapılması düşünülen çalışmalar için içerik yol gösterici olabilir.

Çalışmalar incelendiğinde Nicel, Nitel ve Konu modelleme yöntemlerinin kullanıldığı ağırlıklı olarak ise içerik analizi yapıldığı görülmüştür. Bu durum pandemi süresince gerek kapanmalar gerekse de tedbirler dolayısıyla birebir anket veya görüşme imkanının olmamasından kaynaklı olabilir. Sosyal mecralar incelenerek kullanıcıların pandemi öncesi ve sonrası yaptıkları paylaşımlar arasındaki farklardan yola çıkarak incelenen çalışmaların çokluğu dikkat çekmektedir. Çalışmalarda genellikle sosyal platform olarak çoğunlukla 'Twitter ve Google Trends' gönderileri incelenmiştir. Facebook ve diğer sosyal mecralarda yapılan paylaşımlar veya kullanım oranları araştırmalarda çok az yer almıştır. Bu kapsamda diğer sosyal medya mecralarının da incelenmesi literatür açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir. Dikkate değer bir başka unsur, araştırmaya dahil edilen çalışmaların ortak kısıtlılıklarından biri olan yalnızca İngilizce dilinde yapılan paylaşımların çalışmalarda analiz edilmiş olmasıdır. Bu sebeple yapılması muhtemel benzer çalışmalarda İngilizce dışında diğer dillerde yapılan paylaşımların da dikkate alınması farklı sonuçlar ortaya koyabilir.

Çalışmaların amaçlarını tek tek incelediğimizde ortaya birkaç ana başlık çıkmaktadır. Bunlar;

- Pandemi süresince sosyal medyanın kullanım düzeyinin tespit edilmesi
- Sosyal medyanın COVID-19 döneminde bireyler üzerindeki psikolojik etkilerini incelemek
- Sosyal medya kullanıcılarının pandemi döneminde paylaşım ve etkileşimlerini incelemek
- Sosyal medya uygulamalarında kendine yer bulan haber ve bilgilerin doğruluğu ve kullanıcıların bu bilgileri ne kadar sorguladığının analizini yapmak

Her çalışmada olduğu gibi araştırmaya dâhil edilen 18 çalışmanın da kendince farklı amaçları var olmakla birlikte en fazla konu edinen amaç sosyal medyada dolaşan haberlerin ne kadar gerçeği yansıttığı konusu olmuştur. Literatürde farklı amaçlarla çalışılmış birçok araştırma vardır. Bu çalışmalar genel anlamda, kullanıcıların sosyal medya paylaşımları üzerinden ilerlemektedir. Bu durum sosyal medya paylaşımlarının ne kadar gerçek duygu ve düşünceleri yansıttığının belirli olmamasından dolayı doğruluğu şüphe uyandıran çalışmalardır. Bu bağlamda önceliği sağlık ve sosyal medya konusu olan birçok yeni çalışma yapılabilir.

Araştırmaya dâhil edilen 18 çalışmanın sonuçları incelendiğinde ise çoğunlukla şu konulara dikkat çekildiği görülmektedir;

- Pandemi süreci sosyal medya kullanımında talep artışı yaratmıştır.
- COVID-19 döneminde sosyal medyanın kullanımı bireylerde psikolojik etkiler yaratmıştır.
- Pandemi süresince sosyal medyadan yayılan yanlış bilgiler kullanıcılar tarafından dikkate alınmaktadır.
- Sosyal mecralarda dolaşan COVID-19 haberleri kullanıcılarda paniğe sebep olmaktadır.

- Sosyal mecra da yapılan paylaşımlar aş ı konusunda kullanıcıları etkilemektedir.

Elde edilen bu sonuçlar, COVID-19 döneminin sosyal medyada ne gibi yansımaları sebep olduğuna ilişkin önemli şifreler vermektedir. Ancak tüm bu konulara ek olarak incelenmesi gereken daha birçok konu mevcuttur. Örneğin bu çalışmaların yapıldığı dönemde aşılama çalışmaları henüz tamamlanmamıştır. Aşılama ile birlikte ortaya çıkabilecek sonuçlar süreci ve bu sonuçları farklı bir yöne evirebileceği düşünülmektedir.

Yararlanılan çalışmalar gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutabilmek amacıyla bazı öneriler sunmuşlardır. Bu kapsamda dikkat çeken ilk konu 18 çalışmanın yalnızca 5 tanesinde buna yönelik önerilerin yer almasıdır. Bu durum gelecekte yapılabilecek muhtemel çalışmalar açısından yetersiz görünmektedir. Araştırmaya dâhil edilen 18 çalışmanın sunduğu öneriler ise şunlardır;

- Yalnızlık duygusu gibi diğer birçok duygu incelenebilir.
- İngilizce ile beraber farklı birçok dil çalışmalara dâhil edilmelidir.
- Üniversite öğrencilerinin bir pandemi döneminde psikolojilerine katkı sağlayacak çalışmalar yapılabilir.

Çalışmaların içerikleri incelendiğinde, gelecekte yapılabilecek potansiyel araştırmalara ışık olabilmek adına aşağıda yer alan konuların da ele alınmasının fayda sağlayabileceği düşünülmektedir;

- Koronavirüs hastalığına yakalanan insanların sosyal medyada ötekileştirilmesi üzerine araştırmalar
- Sosyal medya fenomenlerinin (ünlülerinin) yaptıkları paylaşımların kullanıcıları ne derece etkilediğine yönelik araştırmalar
- Eve kapanma döneminin insanların hayata bakış açılarında ne gibi değişimlere sebep olduğunun araştırılması
- Pandemi sürecinde sosyal medyada geçirilen sürelerde yeme alışkanlığının nasıl değiştiğine yönelik incelemeler
- Pandemi sürecinde online oyunlara karşı bağımlılık düzeyinin irdelenmesi ile ilgili araştırmalar
- Kapanmalar sebebiyle çevrimiçi mecralarda sosyalleşmenin, kullanıcılar üzerindeki sanat algısında yaşattığı değişimlerin incelenmesi
- Kovid sürecinde eğitimin kalitesini ele alan çalışmaların yapılması
- Sağlık alanına yönelik sosyal medya paylaşımlarının ne kadar denetlenebilir olduğunun araştırılması
- Pandemi süreci ve kitap okuma düzeyi arasındaki bağlantıyı derinlemesine keşfedecek araştırmaların yapılması
- Tam kapanma ile birlikte ülkelerde yaşanan hava kirliliği düzeyinde değişimlerin ne düzeyde olduğunu inceleyen araştırmalar
- COVID-19 döneminde yapılan sosyal medya paylaşımları sağlık çalışanlarına karşı şiddeti tetikler mi? Konulu araştırmalar
- Pandemi sürecinin çocuklar, gençler ve yaşlılarda sosyal medya bağımlılığını tetikleme düzeyinin araştırılması
- COVID-19 döneminde olası aile içi şiddetle bağlantılı boşanmaların düzeyinde yaşanan değişimlerin araştırılması

İncelenen çalışmalar ışığında önerilen bu çalışma fikirleri hâlihazırda araştırılmış olabilir. Fakat her ülke ve her kültür bu süreçte farklı reaksiyonlar vermektedir. Bu sebeple özellikle Türkiye için bu konuların değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abd-Alrazaq, A., Alhuwail, D., Househ, M., Hai, M. ve Shah, Z. (2020). Top concerns of tweeters during the COVID-19 pandemic: A surveillance study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), 1–9. doi:10.2196/19016
- Ahmed, W., Vidal-Alaball, J., Downing, J. ve Seguí, F. L. (2020). COVID-19 and the 5G conspiracy theory: Social network analysis of twitter data. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), 1–9. doi:10.2196/19458
- An, L., Russell, D. M., Mihalcea, R., Bacon, E., Huffman, S. ve Resnicow, K. (2021). Online Search Behavior Related to COVID-19 Vaccines: Infodemiology Study. *JMIR Infodemiology*, 1(1), e32127. doi:10.2196/32127
- Aygin, D. (2019). Sistematik Derlemede Verilerin Analizi Bulgular , Tartışma ve Sonuçların Yazımı, Sistematik Derleme Yazma Semineri.
- Badell-Grau, R. A., Cuff, J. P., Kelly, B. P., Waller-Evans, H. ve Lloyd-Evans, E. (2020). Investigating the Prevalence of Reactive Online Searching in the COVID-19 Pandemic: Infoveillance Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), 1–17. doi:10.2196/19791
- Bastani, P., Hakimzadeh, S. M. ve Bahrami, M. A. (2021). Designing a conceptual framework for misinformation on social media: a qualitative study on COVID-19. *BMC Research Notes*, 14(1), 1–6. doi:10.1186/s13104-021-05822-2
- Baydili, İ. (2021). Covid-19 Sürecinin Sosyal Medyaya Yansıması (Bir Meta-Sentez Çalışması). *Erciyes İletişim Dergisi*, 8(2), 551–573.
- Çalık, M. ve Sözbilir, M. (2014). İçerik analizinin parametreleri. *Eğitim ve Bilim*, 39(174), 33–38. doi:10.15390/EB.2014.3412
- Çerçi, Ü. Ö., Canöz, N. ve Canöz, K. (2020). Covid- 19 Krizi Döneminde Bilgilenme Aracı Olarak Sosyal Medya Kullanımı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (44), 184–198.
- Cohen, L., Manion, L. ve Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education. Sixth Edition*. New York. doi:10.4324/9780203029053-23
- Field, A. P. ve Gillett, R. (2010). How to do a meta-analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 63(3), 665–694. doi:10.1348/000711010X502733
- Frenkel, S., Alba, D. ve Zhong, R. (2020). Surge of Virus Misinformation Stumps Facebook and Twitter - The New York Times. *The New York Times*. 26 Aralık 2021 tarihinde <https://www.nytimes.com/2020/03/08/technology/coronavirus-misinformation-social-media.html> adresinden erişildi.
- González-Padilla, D. A. ve Tortolero-Blanco, L. (2020). Social media influence in the COVID-19 pandemic. *International Braz J Urol*, 46(Suppl 1), 120–124. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.S121
- Koh, J. X. ve Liew, T. M. (2020). How loneliness is talked about in social media during COVID-19 pandemic: Text mining of 4,492 Twitter feeds. *Journal of Psychiatric Research*, 145, 317–324. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.11.015
- Li, M., Liu, L., Yang, Y., Wang, Y., Yang, X. ve Wu, H. (2020). Psychological impact of health risk communication and social media on college students during the covid-19 pandemic: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), 1–13. doi:10.2196/20656

- Luo, T., Chen, W. ve Liao, Y. (2021). Social media use in China before and during COVID-19: Preliminary results from an online retrospective survey. *Journal of Psychiatric Research*, 140(November 2020), 35–38. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.05.057
- Mosleh, M., Pennycook, G. ve Rand, D. G. (2020). Self-reported willingness to share political news articles in online surveys correlates with actual sharing on Twitter. *PLoS ONE*, 15(2), 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0228882
- Öztürk, M. F. ve Talas, M. (2015). Sosyal Medya ve Eğitim Etkileşimi. *Journal of World of Turks*, 7(1), 101–120.
- Pennycook, G., McPhetres, J., Zhang, Y., Lu, J. G. ve Rand, D. G. (2020). Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. *Psychological Science*, 31(7), 770–780. doi:10.1177/0956797620939054
- Rocha, Y. M., de Moura, G. A., Desidério, G. A., de Oliveira, C. H., Lourenço, F. D. ve de Figueiredo Nicolette, L. D. (2021). The impact of fake news on social media and its influence on health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Public Health (Germany)*. doi:10.1007/s10389-021-01658-z
- Rovetta, A. ve Bhagavathula, A. S. (2020). COVID-19-related web search behaviors and infodemic attitudes in Italy: Infodemiological study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), 1–10. doi:10.2196/19374
- Saha, K., Torous, J., Caine, E. D. ve de Choudhury, M. (2020). Psychosocial effects of the COVID-19 pandemic: Large-scale quasi-experimental study on social media. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11). doi:10.2196/22600
- Shao, R., Shi, Z. ve Zhang, D. (2021). Social media and emotional burnout regulation during the COVID-19 Pandemic: Multilevel approach. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3). doi:10.2196/27015
- Shehata, W. M. ve Abdeldaim, D. E. (2021). Social media and spreading panic among adults during the COVID-19 pandemic, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*, (0123456789). doi:10.1007/s11356-021-17580-6
- Tacconelli, E. (2010). *Systematic Reviews: CRD's Guidance For Undertaking Reviews in Health Care*. doi:doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70065-7
- Topf, J. M. ve Williams, P. N. (2021). COVID-19, Social Media, and the Role of the Public Physician. *Blood Purification*, 50(5), 595–601. doi:10.1159/000512707
- Türkoğlu, M. C. ve Yılmaz, F. K. (2021). Sağlık Politikası Analizi: Türkiye’de Covid-19 Pandemi Döneminde Uygulanan Sağlık Politikaları. *Toplumsal Politika Dergisi*, 2(1), 11–29. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpd/issue/63038/940274> adresinden erişildi.
- Ültay, E., Akyurt, H. ve Ültay, N. (2021). Sosyal Bilimlerde Betimsel İçerik Analizi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (10), 188–201. doi:10.21733/ibad.871703
- Wilson, S. L. ve Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, 5(10), 1–7. doi:10.1136/bmjgh-2020-004206
- Zalewska, A., Gałczyk, M., Sobolewski, M. ve Białokoz-Kalinowska, I. (2021). Depression as compared to level of physical activity and internet addiction among polish physiotherapy students during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). doi:10.3390/ijerph181910072



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonrası Mesleki Rehabilitasyon ve Mevzuat Altyapısının Değerlendirilmesi

Occupational Rehabilitation after Occupational Accident and Occupational Disease and Evaluation of Legislative Infrastructure

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanı Derya KOÇAK¹
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanı Niyazi ÇANKAYA²

ÖZ

İş kazası ve meslek hastalığı sonrası mesleki rehabilitasyon Türkiye’de mevzuatla desteklenmeyen dolayısıyla tam anlamıyla uygulanması olmayan bir hizmettir. Tıbbi, mesleki (vocational) ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere üç aşamadan oluşan bu süreç, iş kazası ve meslek hastalığı sonrası kişilerin daha erken işe dönmelerini ve istihdamlarında sürdürülebilirliği sağlamayı amaçlamaktadır. Türkiye mevzuatında mesleki rehabilitasyon dar kapsamda engellilerin istihdamına yönelik olarak düzenlenmiştir. İş kazası ve meslek hastalığı sonrası uygulanacak mesleki rehabilitasyonun, iş sağlığı ve güvenliği sistemiyle birbirini tamamlayan süreçler olduğu dikkate alındığında tam anlamıyla koruyucu ve proaktif bir yaklaşım için gerekliliği anlaşılmaktadır. İşten erken ayrılmaların önüne geçmeyi de mümkün kılan mesleki rehabilitasyon çalışan, işveren ve devlet üçlüsünü koruyan bir sosyal politika aracıdır. Bu çalışma ile iş kazası ve meslek hastalığı sonrası mesleki rehabilitasyon süreci ve gerekliliği açıklanarak Türkiye mevzuat altyapısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mesleki Rehabilitasyon, İşe Dönüş Programı, Çalışma Gücü Kaybı, Sürekli İş Göremezlik, Malullük.

JEL Sınıflandırma Kodları: I15, J28, I13, I13, J16.

ABSTRACT

Occupational rehabilitation after work accident and occupational disease is a service that is not supported by the legislation in Turkey and therefore is not fully implemented. This process, which consists of three stages as medical, vocational (vocational) and social rehabilitation, aims to ensure that people return to work earlier after work accidents and occupational diseases and to ensure sustainability in their employment. In Turkish legislation, vocational rehabilitation is narrowly arranged for the employment of the disabled. Considering that vocational rehabilitation after work accident and occupational disease are processes that complement each other with the occupational health and safety system, the necessity for a fully protective and proactive approach will be understood. Occupational rehabilitation, which also makes it possible to prevent leaving work early, is a social policy tool that protects the employee, employer and state trio. With this study, it is aimed to evaluate the legislative infrastructure of Turkey by explaining the vocational rehabilitation process and necessity after work accident and occupational disease.

Keywords: Occupational Rehabilitation, Return to Work, Incapacity to Work, Permanent Incapacity for Work, Disability.

JEL Classification Codes: I15, J28, I13, I13, J16.

¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, derya.atmaca@aiilevecalisma.gov.tr

² Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, niyazi.cankaya@aiilevecalisma.gov.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

There is no legislative infrastructure to support vocational rehabilitation after work accident and occupational disease in Turkey. Occupational accident and occupational disease result in either permanent incapacity income (vocational incapacity 10%-59%) or disability retirement (vocational incapacity 60% and above) according to the rate of loss of earning power in the profession. In a situation where the earning power is high in the profession, it becomes difficult for the employee to stay in employment. Since the return to work is provided without being subject to the vocational rehabilitation process after a work accident and occupational disease, a process suitable for the current gains of the employee cannot be operated. The aim of the study is to define the vocational rehabilitation and return to work program, to evaluate the current legislation by revealing why it is necessary and how it contributes economically. The study covers the definition, purpose and scope of the vocational rehabilitation and return to work program, how the countries implement it, the studies that reveal the economic benefits, the relevant Turkish legislation and the evaluation of the issues that need to be addressed within the scope of this legislation.

Design/methodology/approach:

Occupational rehabilitation and return to work program definitions have been compiled by reviewing the literature on why it is necessary and its economic benefits. The legislation and related articles that may be related to vocational rehabilitation in Turkish legislation have been examined. Some comments were made based on the examples of countries with good practices.

Findings:

Occupational rehabilitation after occupational accident and occupational disease includes medical, occupational and social operations aimed at preventing the incapacity to and continuing the employment in line with the current situation, experiences and achievements of the employee. In Turkey occupational rehabilitation has found an application for the disabled people and is regulated by legislation. However, there are some deficiencies especially in terms of providing a profession and placing the disabled people in a job suitable for their abilities. At the same time, there are some problems in the attitude of the employer. In Turkey, occupational rehabilitation after occupational accident and occupational disease is not a service supported by legislation. Therefore, the employment of a person who is disabled while working continues without going through the necessary medical, vocational and social rehabilitation process, and if the disability rate is high, he is not an employee preferred by the employer. Employees who continue their employment with the same employer or a different employer can often be employed without considering their own experiences and achievements. When the legislation for occupational rehabilitation after occupational accident and occupational disease is evaluated, especially the occupational health and safety legislation has a structure that supports the occupational rehabilitation duration. When occupational rehabilitation is successfully implemented, it becomes a complementary process with the occupational health and safety system and offers a proactive and protective approach. Studies show that occupational rehabilitation is a service that has economic benefits for both the state (social security system), employer and society. With the aging of the population, it is a matter determined both at the national and international level that the rates of disability and early work leaving will increase. In order to cope with all these negativities, as in other countries, Turkey should add occupational rehabilitation after occupational accident and occupational disease to its social policy tools. Medical rehabilitation includes some differences compared to medical treatment. Turkey is at a certain level in terms of medical rehabilitation, but it is not possible to say this for vocational and social rehabilitation. However, it is very important that the medical rehabilitation process is carried out by taking into account the work of the employee, the professional experience and ability of the person, allowing the process to be carried out in a multi-disciplinary way, and that the employer is also included in the process.

Conclusion and Discussion:

With the study, the definition of occupational rehabilitation, its purpose, the scope in which it is applied in the countries, why it is necessary and its economic benefits are revealed. By examining the Turkish legislation, the relevant legislation articles that are directly or indirectly related are included. A number of evaluations were made for a future legislative study by addressing its relations with the occupational rehabilitation service. Due to the applied medical, vocational and social rehabilitation, the continuity of employment in accordance with the functional (physical, cognitive and psychological) characteristics of the employee in her current situation will be ensured and the appropriate job concept will be applied to the employee. Since occupational rehabilitation is a multidisciplinary science, there are many areas and a wide range of legislation that it affects. Considering all these and considering good country practices, it may be suggested to add provisions on occupational rehabilitation to the existing primary and secondary legislation, and to make changes in the provisions that may be relevant so that they are suitable for this process, and then regulate the details with the secondary legislation. The effect of occupational accident and occupational disease on the social security system, the interruption of employment and the effect on production and economy due to the non-working days can be revealed through research. However, it is very difficult to measure its impact on social life and to reveal its impact not only on the insured person, but also on his family and close environment. These losses can only be estimated through scenarios developed on the basis of certain studies. An occupational rehabilitation model suitable for Turkey can be put forward within the framework of the scenarios to be developed as a result of a comprehensive research on the necessity of occupational rehabilitation. It is very important to start legislative studies afterwards, to foresee the difficulties to be encountered in practice and to shape the legislation accordingly.

1. GİRİŞ

Sosyal politika, toplumsal eşitsizlikleri en aza indirmeyi amaçlayan düşünce ve uygulamalardan oluşmaktadır. Sanayi devriminden sonra dar anlamda uygulama bulmuş ve işçi-işveren arasındaki uyumu sağlayabilmeyi amaçlamıştır. Günümüzde geniş anlamda uygulanan sosyal politika uygulamaları, tüm sosyal alanlarda çeşitli grupların karşı karşıya kaldığı sorunların çözümüne odaklanmıştır (Dal, 2017). Hayatın her alanı için politika üreten bu uygulamalar ile birlikte, ülkelerin sosyal güvenlik sistemi kapsamı genişletmiştir. Bu durum da sosyal güvenlik sistemlerine oldukça yük getirmiş ve bir takım önleyici amaçlar edinmesini zorunlu kılmıştır. Bu amaçlar arasında iş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik koruyucu bir iş sağlığı ve güvenliği (İSG) politikası, işsizliğe karşı mücadele, hastalık riskine karşı koruyucu bir sağlık politikası da yer alır. Bu koruyucu yaklaşımın erken işten ayrılma sorununa karşı da benimsendiği görülmektedir. Erken işten ayrılma, günümüz şartlarında ülkelerin çalışma hayatına ilişkin önemli bir sorunu haline gelmektedir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016; Sitattin, 2008). Bu sorunla mücadele etmek amacıyla bireylerin çalışma kapasitelerini korumak ve geliştirmek oldukça önemlidir. Çalışma kapasitesini korumak ve geliştirmek hem istihdamı destekleyen hem de toplum refahına katkı sunan önemli bir sağlık ve sosyal politika amacıdır. İşten erken ayrılmayla mücadele etmek ve çalışma kapasitesini koruyarak geliştirmek için İSG ve mesleki rehabilitasyon olmak üzere iki önemli sosyal politika aracı vardır.

Mesleki rehabilitasyon tanımları ve uygulamaları incelendiğinde iş kazası (İK) geçiren ve meslek hastalığına (MH) yakalanan, kronik rahatsızlığı olan, doğum yapan, doğuştan veya daha sonra herhangi bir nedenden dolayı engelli olan ve çalışma kapasitesinde düşüş yaşayan çalışanları kapsadığı görülecektir. Bu kapsam ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

OSHA tarafından 32 Avrupa ülkesinde (AB Üye Devletleri ve EFTA ülkeleri) yürürlükte olan ulusal sistemleri üzerinden yapılan analiz ile bu farklılığı ortaya koyan bir çalışma yürütmüştür. İki ana eğilimin çıktığı bu analize göre ülkeler dört gruba ayrılmıştır. Bu eğilimlerden ilki istihdam politikalarında ayrımcılıkla mücadeleyi ve eşitliğin uygulanmasını hedefleyerek engelli insanlara odaklanan ülkelerin sahip olduğu yaklaşımdır. Bu ülkelerin ana amacı, engelli kişilerin işgücü piyasasına erişimlerini teşvik etmektir. Diğer eğilime sahip ülkeler ise rehabilitasyonu, daha genel bir perspektifle sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için ele alırlar. Tüm çalışanları hedefleyen bu ülke sistemleri, daha çok erken hastalık devamsızlığının yönetimine ve işgücü piyasasından dışlanmanın önlenmesine odaklanmaktadır. Bu eğilimler ışığında dört ülke grubu belirlenmiştir. “Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Norveç ve İsveç” ten oluşan birinci grup ülkelerin temel özellikleri arasında rehabilitasyon sistemlerinin tüm çalışanları kapsamaması, önleme ve erken müdahale odaklı olması, işe dönüş sürecinde işverene verilen geniş sorumluluklar ile çalışanların etkin koordinasyonu yer almaktadır. “Belçika, Fransa, İzlanda, İtalya, Lüksemburg, İsviçre ve İngiltere” den oluşan ve ikinci grupta yer alan ülkeler de gelişmiş bir çerçeveye sahiptir ancak işe dönüş sürecinde uygulanan adımlarda yeterli koordinasyon sağlanamamaktadır. Bunun sonucunda da işe dönüş ile ilgili hususlar hastalık izni sonrası uygulanabilmektedir. “Bulgaristan, Estonya, İrlanda, İspanya, Litvanya, Macaristan, Portekiz ve Romanya” dan oluşan üçüncü grup ülkelerinde destek genellikle engelli kişilere sunulmaktadır. Ancak İK veya MH sonrası ve kronik bir hastalık ile kısmi iş göremezliğe sahip çalışanlar da çoğu durumda mesleki rehabilitasyona erişebilmektedir. Bu ülkelerde koordineli yaklaşım yoktur ve işe dönüş sürecinde sınırlı kurumsal destek sağlanmaktadır. “Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Hırvatistan, Kıbrıs, Letonya, Malta, Polonya, Slovenya ve Slovakya” dan oluşan dördüncü grup ülkelerde sınırlı bir çerçeve mevcuttur. Mesleki rehabilitasyon sadece engelli insanlara yöneliktir ve bu kişilerin istihdama katılımlarını teşvik etmek amacıyla uygulanır. İşverenlere verilen destek ile de yalnızca engelli kişilerin işe alınması hedeflenir (EU-OSHA, 2016).

Bu gruplandırmalara bakıldığında Türkiye'nin dördüncü gruba dahil olabilecek bir mesleki rehabilitasyon politikasına sahip olduğu görülmektedir. Mesleki rehabilitasyon engellilere yönelik uygulanmaktadır ve bu kapsamda mevzuat ile desteklenmiştir. Amaç engelli kişilerin istihdamının sağlanmasıdır ve bu kapsamda işverenlere yönelik düzenlemeler yapılmıştır. İK ve MH sonrası çalışanların istihdamdan kopmadan rehabilitasyon sürecine tabi tutulmalarını sağlayacak bir düzenleme bulunmamaktadır. Aynı zamanda kronik rahatsızlığı vb. durumlardan dolayı işten uzun süre ayrı kalan kişilere yönelik de mesleki rehabilitasyon ve işe dönüş özelinde bir düzenleme bulunmamaktadır. Mesleki rehabilitasyonun geniş anlamda uygulanması sürdürülebilir istihdamın sağlanması için oldukça önemlidir. Bu husus Cumhurbaşkanlığı 2019 yıllık programında 135. tedbir olarak yer almış ve bu kapsamda mevzuat hazırlanması öngörülmüştür (SBB, 2019). Bu durum sosyal politikanın gerekliliklerinden biridir. Bu gereklilikleri yerine getirebilmek adına mesleki rehabilitasyon ile ilişkili olabilecek tüm mevzuatın yeniden yapılandırılması kaçınılmazdır.

Çalışma ile İK ve MH sonrası mesleki rehabilitasyon sürecinin tanımlanması, gerekliliğinin ve ekonomik katkısının açıklanması ve mevzuat alt yapısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İlerde yapılabilecek mevzuat ve sistem çalışmalarına temel olacak bir çalışma olması hedeflenmektedir.

2. MESLEKİ REHABİLİTASYON VE İŞE DÖNÜŞ PROGRAMI

Mesleki rehabilitasyon için kullanılan farklı terim ve tanımlar bulunmaktadır. Bunlar içinde genel bir tanım olan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre mesleki rehabilitasyon, “optimal fiziksel, duyuşsal, entelektüel, psikolojik ve sosyal fonksiyonel seviyelerin iyileştirilmesi süreci” dir. Mesleki rehabilitasyon, tıbbi tedavi sürecini kapsayan ve engelli bireylerin hayat kalitelerini yeniden kazanmaları ve fonksiyonel ve zihinsel kabiliyetlerini geliştirmeyi hedefleyen tıbbi rehabilitasyon; engelli bireyleri istihdama kazandırmayı ve bu istihdamın sürdürülebilirliğini sağlamayı veya istihdama geri dönmesi için karşılaştığı sorunları ortadan kaldırmayı hedefleyen mesleki (vocational) rehabilitasyon; engelli kişilerin sosyal hayata tutunmasını ve bu durumun devamlılığı için adaptasyon çalışmalarını kapsayan ve bu süreci kolaylaştırmayı hedefleyen sosyal rehabilitasyon olmak üzere üç farklı unsurdan oluşmaktadır (EU-OSHA, 2016).

Engellilik, Sağlık ve Fonksiyonellik için Uluslararası Sınıflama (ICF) ise mesleki rehabilitasyonu, “Farklı durumlarda, hizmetlerde ve faaliyetlerde sağlıkla ilgili engelleri, sınırlamaları veya kısıtlamaları olan çalışma yaşındaki bireylere sunulan birçok profesyonel kanıt dayalı bir yaklaşımdır ve temel amacı çalışmaya katılımı optimize etmektir.” şeklinde tanımlamıştır (Momsen vd., 2019).

İK ve MH sonrası uygulanacak mesleki rehabilitasyon için yapılan tanımlardan biri ise, “İş kazası ve meslek hastalığı sonrası geçici veya kalıcı engelliliği olan bireylerin işe erişim, geri dönme veya işte kalmalarını sağlamak.” şeklindedir. Bir başka tanıma göre ise mesleki rehabilitasyon, “Daha önce iş geçmişi olan hasta veya yaralı çalışanlar arasında çalışma kapasitelerine ve işgücü piyasasına geri dönme ön koşullarını, yani bir işe veya bir işe uygunluğa yeniden tesis etmeyi amaçlayan tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki faaliyetlerdir.” (British Society of Rehabilitation Medicine, 2000; Marnetoft, 2000).

İşe Dönüş (RTW), “Mesleki veya mesleki olmayan hastalıklar veya yaralanmalar sonucunda iş kapasitesinde azalma yaşayan ilgili kişilerin işyerine yeniden entegrasyonunu kolaylaştırmak için tasarlanmış bir süreçtir”. İşe dönüş süreçleri koordineli bir yaklaşımdır ve çalışma kapasitesinin azalmasından kaynaklanan işten ayrılmaları önlemek adına bireysel ve kurumsal ihtiyaçları, yasal sorumlulukları ve çalışma ortamını dikkate alarak işi korumaya odaklanır. Amaç yaralanma ve hastalık nedenli sakatlıktan veya yaşlılıktan dolayı kişilerin sahip olduğu yeteneklerde ve çalışma kapasitelerinde azalma olması durumunda bu kişilerin iş yerine yeniden entegrasyonunu kolaylaştırmaktır (ISSA, 2019).

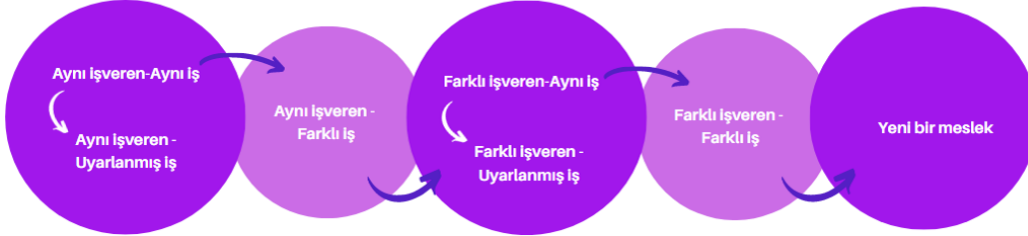
Bir işe dönüş vakasını yönetmek genellikle karmaşık bir sorumluluktur. İşe dönüş vakaları, bir işverenin üretken bir işyerini yönetme hakkı ile bir çalışanın temel eşitlik, haysiyet ve mahremiyet hakkı arasında dikkatli bir denge kurulmasını içerdiği için zorluklar ortaya çıkarır (The Canadian Human Rights Commission, 2007).

Mesleki engelliliğin artan ekonomik ve sosyal yükü, biyo-medikal yaklaşım yerine biyo-psikososyal yaklaşımın benimsenmesine yol açmıştır. Bu modele göre mesleki engellilik, fiziksel, psikolojik ve sosyal / kültürel faktörler arasındaki karmaşık bir ilişkiye dayanmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon sürecinde biyo-psikososyal yaklaşımın benimsenmesi önemlidir. Aynı yaralanmaya sahip iki çalışan farklı zamanlarda işe dönüş sağlayabilmektedir. Burada önemli olan tüm etkenlerin tıbbi süreci etkilediği gerçeğidir. Biyo-psikososyal modele dayalı rehabilitasyon programları, istenen bir sonuç olarak işe erken dönüşü desteklemektedir (Choi, Asih ve Polatin, 2016).

Sosyal rehabilitasyonun amacı kişilerin zihinsel, sosyal, ailevi ve ekonomik bütünlüğü yakalaması ve bunu korumasını sağlamaktır. Sosyal rehabilitasyon süreci vaka bazında ele alınmalıdır. Her vaka için uygulanacak adımlar ve alınacak önlemler farklılık göstereceği için süreci ve adımları tanımlamak oldukça güçtür. Ancak engelli bir bireyin rehabilitasyon ile istihdamını ve bu istihdamın sürekliliğini sağlamada sosyal dışlanma ile mücadele edebilmek ve kendi potansiyelini gerçekleştirebilmek adına sosyal rehabilitasyon oldukça önemlidir (Gobelet ve Franchignomi, 2006; Morger, 2006).

Mesleki (vocational) rehabilitasyon ile çalışana uygun iş kavramının hayata geçirilmesi amaçlanır. Bu kapsamda yapılan bir dizi değerlendirme ve müdahale adımları bulunmaktadır. İşin uygun olup olmadığı sonucuna kişinin engelleri ve fiziksel, bilişsel ve psikolojik fonksiyonel yetenekleri değerlendirilir. Daha sonra iş ve işyeri analizleri

yapılır ve kişinin işe dönme potansiyeli değerlendirilir (Chamberlain vd., 2009). İşe dönüş programı kapsamında izlenmesi önerilen hiyerarşi Şekil 1’de verilmiştir (Waddell, Burton ve Kendall, 2008).



Şekil 1. İşe Dönüş Hiyerarşisi

2.1. Mesleki Rehabilitasyon / İşe Dönüş Programı Neden Gereklidir?

Amerika’da mesleki rehabilitasyon, iş rehabilitasyonu olarak kullanılmaktadır ve çalışanın işe katılımını kolaylaştırarak, çalışan rolünün tatmin edici bir şekilde yerine getirilebilmesi için uygulanan müdahalelerin birçok yönünü kapsayan bir terimdir. Amerikan Ergoterapi Derneği (AOTA) (2021)’ne göre iş rehabilitasyonunun hedefleri şunlardır:

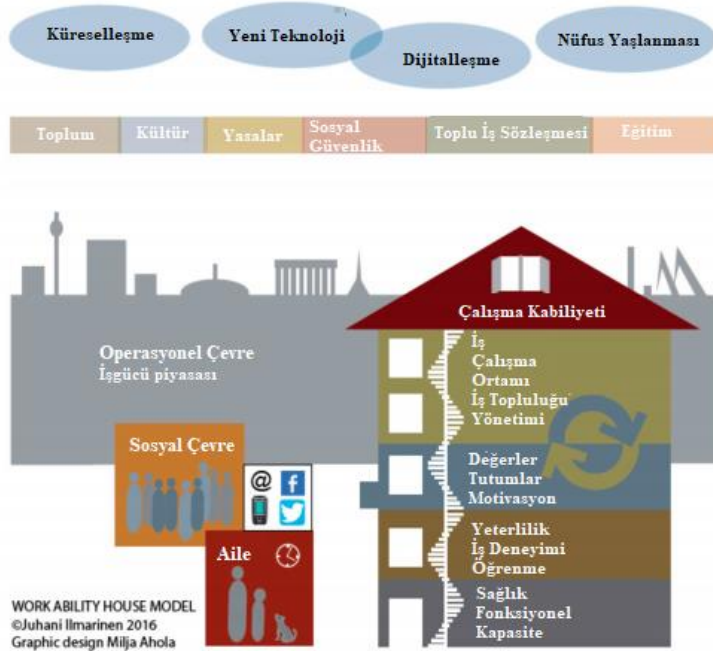
- Yaralanma ve / veya hastalıktan sonra çalışanın işlev düzeylerini en üst düzeye çıkararak istenen yaşam kalitesini sürdürebilmesi
- Yaralanma ve / veya hastalıktan sonra bireylerin işe güvenli bir şekilde ve zamanında dönüşünün kolaylaştırması.
- Kişilerin iyileştirmesi ve / veya gelecekteki yaralanma veya hastalıkların önüne geçilmesi.
- Bireylerin, özgüvenini desteklemesi ve toplumda üretken bir üye olarak benlik görüşüne katkıda bulunabilecek ve işsizliğin olumsuz psikososyal sonuçlarını önleyebilecek çalışan rollerini sürdürmelerine veya devam etmelerine yardımcı olması.

Bu hedeflere bakıldığında mesleki rehabilitasyonun birçok alanı etkilediği ve dolayısıyla birçok alanda düzenleme yapılması gerektiği görülecektir. Bu sürece farklı paydaşların (sağlık sigortası şirketleri, hekimler, iş yeri hekimleri, rehabilitasyon görevlileri, rehabilitasyon kurumları, işverenler, sağlık sorunu olan kişiler, iş yerindeki çalışma ortamı (çalışma arkadaşları, ekip liderleri vb.), muhtemel vaka yöneticileri, mesleki rehabilitasyon hizmet sunucuları, kamu ve/veya özel istihdam hizmeti kurumları vb. gibi sağlık hizmetleri) dahil olması gereklidir (AOTA, 2021).

Ülke uygulamalarına bakıldığında vaka bazlı kişiselleştirilmiş bir yaklaşımın kullanıldığı görülmektedir. Bu yaklaşım ilgililer arasında uyumu başarmanın önemini vurgularken işverenlerin de daha fazla sorumluluk üstlenmesini gerektirmektedir. Bu yaklaşımın yanı sıra uygulamalar ülkeden ülkeye değişiklik gösterir ki bu da bütüncül olarak sağlık ve sosyal bakım sistemlerindeki farklılıklardan ve diğer ilgili ülke politikalarından kaynaklanmaktadır. Bu farklılıkları ortaya koyacak uluslararası karşılaştırmaları yapabilmek adına ülkelerin açıkça tanımlanmış prosedürlere sahip olması oldukça önemlidir (AOTA, 2021).

Mesleki rehabilitasyon ve işe dönüş kavramlarının birçok farklı alanı etkilediğini ortaya koyan bir başka husus “Çalışma Kabiliyeti” kavramıdır. Çalışma kabiliyeti kavramları son on yılda daha bütünsel ve çok yönlü olarak değişmiş ve gelişmiştir. Çalışma kabiliyeti tanımı, iş sağlığı, sosyal sigorta veya rehabilitasyon açısından ele alınıp alınmadığına bağlı olarak değişmektedir. İş sağlığında çalışma kabiliyeti kavramı, kişinin kaynakları ile iş talepleri arasındaki denge üzerine kuruludur. Bir kişinin kaynakları, sağlık ve işlevsel yetenekler, eğitim ve yeterlilik ile değerler ve tutumlardan oluşur. İş ise, işin gerçek içeriği, talepleri ve organizasyonu kapsadığı kadar, çalışma ortamını ve toplumu da kapsar. Çalışma kabiliyetine ilişkin ortak bir tanım olmamakla birlikte Tengland (2011) tarafından getirilen tanıma göre bir kişi, bir işi yapmak için gerekli olan fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığa, standart temel yeterliliğe ve (bir takım) temel mesleki erdemlere sahipse genel çalışma kabiliyetine sahiptir. Bu tanımda görevlerin makul ve çalışma ortamının kabul edilebilir olduğu varsayılmıştır. Ilmarinen ve Tuomi (2004)’ye göre çalışma kabiliyeti, “Çalışanın şu anda ve yakın gelecekte ne kadar iyi olduğu ve iş talepleri, sağlık ve zihinsel kaynaklar açısından işini ne kadar yapabileceği” şeklinde tanımlanmıştır (Scand, 2009; Tengland, 2011;

Hasselhorn, 2008). Juhani Ilmarinen tarafından çalışma kabiliyeti modeli olarak "Çalışma Kabiliyeti Evi" geliştirilmiştir (Şekil 1).



Şekil 2. Çalışma Kabiliyeti Evi

Kaynak: (Ilmarinen, 2009)

Bu modele göre sağlık, yetkinlikler, motivasyon, değerler ve tutumlar, çalışma ortamının öneminin yanında aile, sosyal çevre ve toplum da önemli bir yer tutmaktadır.

Tüm bu kavram ve tanımlar mesleki rehabilitasyon konusunun çok fazla paydaşı olan ve farklı alanları ilgilendiren karmaşık bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla ülke uygulamaları ve mevzuatlarına bakıldığında bunların da karmaşık olduğu görülmektedir. Farklı alanlarda birçok paydaşı ilgilendiren mesleki rehabilitasyon konusu çoğu ülkede birden fazla yasa ile düzenlenmiştir. Bunlar genel olarak sağlık, çalışma hayatı ve iş gücü, sosyal güvenlik, sigortacılık, emeklilik, engellilik, ayrımcılık, maluliyet, iş göremezlik, İSG, işsizlik, eğitim, mesleki eğitim, sosyal yardımlar vb. konuları kapsayan mevzuatlardır.

DSÖ'ye göre nüfusun yaşlanma hızının geçmişe göre çok daha hızlı olduğu ve 2050 yılında yaşlıların %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı öngörülmüştür. Ülkelerin bu demografik değişimden etkileneceği ve sağlık ve sosyal sistemlerinin bu durumdan etkilenmemek için yapacağı değişimlerde zorlanacağı belirtilmiştir (WHO, 2021). Dünya geneline bakıldığında yaşlanan nüfusla beraber kronik hastalıkların arttığı ve buna bağlı olarak engelli sayısında da bir artış yaşandığı görülmektedir. Bu sürece hazırlıklı olmak adına engellilere yönelik istihdam politikalarında iyileştirmeler gerekecektir (Çondur, Yenipazarlı ve Cömertler, 2020). TÜİK nüfus projeksiyonları verilerine (2018-2080) bakıldığında çalışma çağında nüfus oranı 2023'te %67.2, 2080'de %58.7 olacaktır (TÜİK, 2018). 2045 yılında kadar emeklilik yaşının kademeli olarak 65 yaşa yükseltilmesi ile maluliyet ve engelliliğe bağlı emeklilik taleplerinin artacağı Türkiye için de öngörülebilecek bir gerçektir.

Türkiye'de mesleki rehabilitasyon engellilere yönelik uygulanmaktadır ve mevzuatla desteklenmektedir. Ancak uygulamada birçok aksaklık bulunmaktadır. Bunlar işveren kaynaklı, rehabilitasyon hizmetine ulaşım sıkıntısı ve kişi kaynaklı olabilmektedir.

Hacettepe Üniversitesinin "Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması için Teknik Yardım Projesi" kapsamında 722 engelli bireyi dahil ederek yapılan ihtiyaç analizi çalışmasındaki verilere göre engellilerin %29.9'u tıbbi, %15.1'i sosyal, %3.3'ü mesleki rehabilitasyon hizmeti almıştır. Çalışmaya katılan engellilerin %30.3'ü hiç çalışmadığını belirtirken, %22.8'i beş yıldan az, %16.6'sı altı ile on yıl arası, %9.7'si 11-15 yıl arası

ve %15.2'si 16 yıl ve üzeri çalıştığını belirtmiştir. Bu engellilerin %41.3'ü mesleki eğitim ve rehabilitasyon merkezi sayılarının yetersiz olduğunu belirtirken, %42.6'sı artırılmasının yararlı olduğunu ve %16'sı yeterli olduğunu belirtmiştir. Bu kişilerin %10'u mesleki eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde verilen eğitimlerin çok yetersiz olduğunu belirtmiş, %40.1'i yetersiz, %31.3'ü kısmen yeterli, %16'sı yeterli %2.6'sı yeterli olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan engellilerin %45,7'si herhangi bir meslek ve beceri edindirme kursuna katılmadığını belirtmiştir. Alanların bu kursu nerden aldığına baktığımızda ilk üçte %19.5 ile halk eğitim merkezleri, %14.8 ile İŞKUR ve %8 ile belediyeler yer almıştır (Hacettepe Üniversitesi, 2017).

Çanakkale ilinde çalışma hayatında görme engelli bireylere yönelik yapılan araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile kamu sektöründe istihdam edilen 12 görme engelli bireye ulaşılarak değerlendirme yapılmıştır. Engel oranları %46 ila %100 arasında değişen bu kişilerden dokuzu doğuştan, ikisi kaza nedeni ve bir kişi hastalık nedeni görme engellidir. Bu kişilerden sadece ikisi rehabilitasyon hizmeti almıştır. Altı kişi lisans mezunu, bir kişi ön lisans mezunu ve beş kişi lise mezunudur. Bu çalışanların sorulara verdiği cevaplara göre eğitime erişimde sorun yaşandığı, özel sektörde iş bulmakta zorlanıldığı, mülakatlarda ön yargılı davranıldığı, eğitimlerine uygun bir işte çalışmadıkları ve işyerinde uygun olmayan çalışma koşullarına sahip oldukları görülmektedir (Polat, Bacak ve Kiroğlu, 2020).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) (2011) tarafından yapılan "İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi Raporu" na göre işverenlerin engelli istihdam etmeme gerekçeleri arasında ilk beş sırada %31.6 ile işe/sectöre uygun engelli bulunamaması, %19.2 ile vasıflı/mesleki eğitimli/kalifiye engelli bulunamaması, %11 ile İŞKUR' un işe uygun engelli aday göndermemesi, %7.4 ile çalışma isteksizliği/istikrarsızlık/devamsızlık ve %5.4 ile uygun aday bulamama yer almaktadır (ASPB, 2011).

Bahsi geçen benzer çalışmalar ışığında engelli bireylere yönelik mesleki rehabilitasyonun iyileştirilmesi ve İK ve MH sonrası mesleki rehabilitasyon hizmetinin modellenmesinde dikkat edilecek hususların belirlenmesi oldukça önemlidir. Sadece mevzuat altyapısının hazırlanması yeterli olmamaktadır. Rehabilitasyon sonrası işe yerleştirildikten sonra bu kişilerin düzenli izlenmesi ve çalışan, işveren ve çalışma ortamına yönelik gerekli düzenlemelerin gözden geçirilmesi oldukça önemlidir.

2.2. Mesleki Rehabilitasyon ve İşe Dönüş Programının Ekonomik Faydaları

Mesleki rehabilitasyon ve işe dönüş programının ekonomik faydalarını ölçmenin ve değerlendirmenin farklı yolları vardır. Örneğin, maliyet etkinliği analizi için önlenen istihdam kayıpları veya hastalık günlerinin sayısı gibi doğal birimler değerlendirilerek bir sonuç elde edilir. Buna karşılık, bir fayda-maliyet analizi için faydaları parasal olarak da ifade etmek amacıyla daha geniş bir değer kavramı kullanılır. Mesleki rehabilitasyon sistemi ekonomik açıdan değerlendirildiğinde istihdam sonuçlarına etkisi (işe dönüş oranı ve hastalıklı gün sayısı), ekonomik üretkenlik ve şirket maliyetleri üzerindeki etkisi, sosyal güvenlik bütçesine etkisi ele alınabilir (ISSA, 2017).

Uluslararası Sosyal Güvenlik Kurumu (ISSA) tarafından işe yeniden entegrasyon önlemlerinin maliyet ve faydalarını karşılaştırması amacıyla 50 ülkeye ait 75 kurumdan veriler toplanmıştır. Bu çalışmada, maliyetlerle karşılaştırabilmek adına doğal birimler parasal bir değere dönüştürülmüştür. Araştırmaya katılanlardan 12 ülkeye ait 19 kuruluş verileri üzerinde anlamlı sonuç elde edilmiştir. Araştırmada işverenler, sosyal güvenlik sistemleri ve toplum için mali bilançolar kullanılmıştır. Bu yatırımların getirileri, işverenler, sosyal güvenlik sistemleri ve toplum perspektifi olmak üzere üç varsayımsal etki büyüklüğü senaryosuna (küçük, orta ve büyük) göre hesaplanmıştır. Müdahalelerin etki büyüklüğünün küçük olduğu hipotezler için bile, işe yeniden entegrasyon ve rehabilitasyon harcamalarının, tüm paydaşlar için olumlu getirileri olan bir yatırım olduğu ortaya konmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre orta etki büyüklüğü senaryosunda, yatırılan her dolar için işverenler, ilk yatırımın üç katından fazla ortalama bir getiri elde ederler. Ayrıntılarına bakıldığında yatırılan her dolar için işverenler, ilk yatırımın ortalama 3,7 katı getiri elde ederler. Sosyal güvenlik sistemleri tahmini ortalama 2,9 yatırım getirisi almaktadır. Toplumsal bir bakış açısıyla, yalnızca verimlilikle ilgili maliyetler ve faydalar dikkate alındığında orta etkinlik senaryosunda, üretkenlik kazançları, tahmini 2,8 faktörü ile kayıplardan daha ağır basmaktadır (ISSA, 2017).

Yaralı bir çalışan ne kadar uzun süre sakat kalırsa, işe dönüş olasılığı o kadar az olur. Örneğin, 2 aylık sakatlığı olan yaralı bir çalışan işe dönme olasılığı % 70'tir; 6 aylık sakatlıktan sonra bu olasılık % 50'ye, 12 ay sonra % 30'a ve 2 yıl sonra % 10'a düşer. Bu nedenle, rehabilitasyon ortamında olası işe dönüş engellerinin belirlenmesine öncelik verilmesi önemlidir ve işe dönüş süreci mümkün olan en kısa sürede başlatılmalıdır (Choi, Asih ve Polatin, 2016).

Engellilik veya hastalık nedeniyle devamsızlık, günümüzde işverenlerin insan kaynaklarına yönelik karşılaştığı en zorlu durumlar arasındadır. Gerçekte istatistikler, engellilik ve gelir programlarının ürettiği maliyetlerin, üretkenlik kayıpları gibi giderek arttığını göstermektedir. Bu durum da mesleki rehabilitasyonun gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Ulusal Engellilik Yönetimi ve Araştırma Enstitüsü, herhangi bir zamanda, Kanada'daki işgücünün % 8-12'sinin hastalık veya yaralanma nedeniyle yok olduğunu tahmin ediyor. Teknolojik değişim ve organizasyonel yeniden yapılanma ile ilgili stres, uzun vadeli hastalıklara daha duyarlı olan ve yaşlanan bir işgücü bulunmaktadır. Buna ek olarak iş ve aile sorumluluklarını dengelemede zorluklar dâhil olmak üzere Kanada'nın artan uzun süreli çalışan devamsızlık oranlarına neden olan çeşitli faktörler vardır (The Canadian Human Rights Commission, 2007).

Kanada'da devamsızlık oranı çalışan başına 9,3 gün olarak belirtilmiştir. Bu oran, 2011'de neredeyse iki haftadır. Kanada verilerine bakıldığında (CAOT, 2018):

- 2012 yılında devamsızlık nedeniyle kaybedilen üretkenliğin, Kanada ekonomisine tahmini 16.6 milyar dolara mal olduğu; uzun vadeli bir devamsızlığın işverene kabaca 8.800 dolara mal olduğu görülmektedir.
- Engellilik maliyetlerinin %70'inin akıl hastalığına bağlı olduğu ve Kanada'daki işsizliğin %6'sının işle ilgili hastalıklar ve yaralanmalar kaynaklı olduğu düşünüldüğünde, işyeri sağlığı ve zindeliği giderek daha önemli hale gelmektedir.

Hastalık kaynaklı devamsızlık ve iş göremezlik, tüm ülkeler için kamu maliyesi üzerinde önemli bir baskı oluşturmaktadır. Diğer birçok batı ülkesi gibi Danimarka hükümeti de hastalık izni konusunda giderek daha fazla endişe duyduğu için 2008 yılında, devamsızlığının azaltılmasına yönelik üçlü bir anlaşma başlattı. Bu yıllarda ilişkili doğrudan geri ödeme maliyetleri, sağlık hizmetleri maliyetleri ve üretkenlik kaybı hariç, 5 milyar Euro civarındaydı. Bu multidisipliner program, uzun bir hastalık döneminden sonra işe dönmenin karmaşıklıklarını ele almayı amaçlamıştır. Başarılı geri dönüş, kişisel ve işyeri özelliklerinin yanı sıra bireyin sağlığından da etkilenir. Araştırmalar, çalışanların işten ne kadar uzun süre uzak kalırsa, geri dönme olasılıklarının o kadar düşük olduğunu gösteriyor. Bu nedenle bu program ile öngörülen çözümler çalışanın bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanarak erken bir müdahale yaklaşımı benimsenmiştir. Başarı şansını artırmak için sağlık ve sosyal sigorta sistemleri, işverenler ve sendikalar arasındaki işbirliğini artırmayı da amaçlamıştır (OSHA, 2015).

Etkili bir işe dönüş programı, işverenlere çeşitli şekillerde fayda sağlayabilir. Böyle bir program, para cezalarından ve diğer cezalardan kaçınmaya, çalışanların tazminat maliyetlerini düşürmeye, deneyimli çalışanları elde tutmaya, çalışanların moralini ve üretkenliğini artırmaya, bir işletmenin rekabet gücünü artırmaya ve engelliler için eşit istihdam fırsatlarının sağlanmasına yardımcı olabilir. İşe dönüşte yer alan çalışanlar işlerini ve gelirlerini koruyabilir, uzun süreli işsizlikten kaçınabilir, fiziksel olarak şartlandırılmış ve zihinsel olarak aktif kalabilir, işin sağladığı günlük yapı ve sosyal bağlantıları koruyabilir, işyerinde yaralanma ve hastalık önleme programlarına katılabilir (Institute for Research on Labor and Employment, 2010).

Mesleki rehabilitasyon ve işe dönüş programı ekonomik açıdan değerlendirilirken ele alınması gereken önemli bir husus da İK ve MH sonrası istihdamdan ayrılmış bir kişinin maruz kalacağı sosyal dışlanmanın kişiye, topluma ve ekonomiye etkisinin göz ardı edilemeyecek öneme sahip olmasıdır. Bu maliyetleri değerlendirmek diğer hususlar kadar kolay olmamaktadır (Eravcı, 2021).

3. TÜRK HUKUK SİSTEMİ İÇERİSİNDE MESLEKİ REHABİLİTASYON

Mesleki rehabilitasyon, çalışma hayatından uzaklaşan bir çalışanın, mümkün olan en kısa süre içerisinde işgücü piyasasına dahil olma sürecini içeren bir bütünsel organizasyondur. Çalışma güclüğü içerisinde bulunan bir kişinin mümkünse daha önceden çalışmış olduğu işine, mümkün değilse aynı işyerinde başka bir görevde işe başlamasına yönelik her türlü adımlardan oluşan bir amacı hedef edinmektedir. Eğer kendi işyerinde de çalışana uygun bir pozisyonda görev yok ise iş gücü piyasasına dâhil olması için yapılması gerekli her türlü çalışmalar yapılarak başka bir işyerinde kendisine uygun olan pozisyonda istihdam edilmesi gerekmektedir (Kayıhan ve Köse, 2018; Seyyar, 2006,).

Türkiye'de mesleki rehabilitasyon ile ilgili yapılan düzenlemelere bakıldığında engelli bireyler için yapılan düzenlemeler olmakla beraber hali hazırda çalışırken iş kazası geçiren ve meslek hastalığına yakalanan çalışanların veya herhangi bir sebeple çalışmaktan uzak kalan çalışanların mesleki rehabilitasyonunu ele alan mevzuatsal bir düzenleme yoktur. İş kazası ve meslek hastalığı sonrası çalışanların istihdamda kalabilmeleri ve verimli bir şekilde

çalışmaya devam edebilmeleri için mesleki rehabilitasyon sisteminin mevzuatla düzenlenmesi ve işe dönüşün bu çerçevede sağlanması sosyal politikanın bir gerekliliğidir.

Engellilik değerlendirmesi çalışmalarında engelliliğe odaklanılmış bir tutum var iken mesleki rehabilitasyonda yapabilirliğe odaklanılır (Brage, Konadstottir ve Lindenger, 2015). Bu kapsamda yapılacak çalışmalarda, mevzuat çerçevesinde belirlenecek hizmetlerde ve kullanılan dilde kişilerin yapabileceklerine odaklanan bir anlayışın benimsenmesi oldukça önemlidir.

Türkiye’de engellilerin çalışma hayatına dâhil edilmelerine ilişkin politikalar ile engellilerin korunmasına ilişkin düzenlemeler 1960’lı yıllarda oluşmaya başlamış, 1990’lı yıllardan itibaren kurumsal yapı oluşturmaya yönelik adımlar atılmıştır (Şişman, Kocabaş ve Yazıcı, 2011). Mesleki rehabilitasyon kavramı mülga olan çeşitli düzenlemeler içerisinde “işe alıştıırma” olarak düzenlenmişti³. Ancak, sonraki zamanlarda yapılan düzenlemelerle “işe alıştıırma” terimi yerini “rehabilitate etme” ya da “rehabilitasyon” kavramına bırakmıştır⁴. Mesleki rehabilitasyon, Türk Hukuk Sistemi içerisinde müstakil olarak düzenlenmiş bir kavram değildir. Mesleki rehabilitasyon ile ilgili doğrudan ya da dolaylı olarak yapılmış olan çalışmalar muhtelif düzenlemelerde yer almıştır. Bu durum düzenlemelerin dağınık yapıda yer almasına yol açmıştır. Bu bağlamda, mesleki rehabilitasyon ile ilgili düzenlemeler iş hukuku, sosyal güvenlik, rehabilitasyon merkezleri hakkında yapılan düzenlemeler, korumalı işyerleri hakkında yönetmelik, engelliler hakkında kanun ve mahalli idarelerin mevzuatları gibi çeşitli düzenlemelerde yer almıştır.

3.1. Anayasa

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda çalışma hayatının farklı unsurlarını ele alan çeşitli düzenlemeler yer almaktadır. Bunlar, çalışma hakkı ve sorumluluğu, sendikaların kurulması, sosyal güvenlik hakkı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkını kapsamaktadır. Ayrıca İSG’yi temel alan bir takım düzenlemeler de bulunmaktadır (Orhan, 2013).

Anayasa 50’nci maddeye göre, kimsenin yaşına, cinsiyetine ve kapasitesine uygun olmayan işlerde çalıştırılmayacağı düzenlenmiştir. Dezavantajlı grupta yer alan küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunmaları gerektiği belirtilmiştir

Ayrıca madde 56’da, herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu dile getirilerek çalışma ortamının korunması gerekliliği vurgulanmıştır. Bununla birlikte madde 61’de, zayıf konumda bulunan kişileri koruyacak düzenlemelere yer verilmiş ve bu kapsamda devletin harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazileri korumaya alması gerekliliği ile toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlanacağı belirtilmiştir. Ayrıca devlet tarafından sakatların korunmalarının sağlayacağı ve toplum hayatına uyumlarını sağlayıcı tedbirlerin alınacağı ifade edilmiştir.

3.2. Mülga Mevzuat

İK ve MH sonrası mesleki rehabilitasyon çerçevesinde mevzuat geçmişine bakıldığında mesleki rehabilitasyonu “işe alıştıırma” kavramı olarak ele alan düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemelerden ilki mülga kanunlardan biri olan 04/02/1957 tarih ve 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunudur. Bu kanunda “Çalışma gücünün artırılacağı umulan malul sigortalılar, İşçi Sigortaları Kurumunca⁵, kendi mesleklerinde veya yeni bir meslekte çalışabilmelerini teminen işe alıştıırılabilirler.” hükmü yer almıştır. Yine aynı kanunda işe alıştıırmaya yani mesleki rehabilitasyona teşvik ve yönlendirme için “İşçi Sigortaları Kurumunun bu husustaki yazılı tebligatına rağmen işe alıştıırılmaktan imtina eden sigortalıların maluliyet aylıklarının yarısı, alıştıırma işine başlayıncaya kadar kesilir.” hükmü yer almıştır.

Diğer bir mülga kanun olan 17/07/1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununda işe alıştıırma kavramı yer almaya devam etmiştir. Mülga kanun işe alıştıırma kavramına, sigortalı sayılanlar ile ilgili hükümleri içeren Madde

³ 04/02/1957 tarih ve 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu ve 17.07.1964 tarih ve mülga 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu

⁴ 16.06.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu m. 6-63.

⁵ 1946 yılı itibarıyla İşçi Sigortaları Kurumu olarak kurulmuş olup 1964 yılı itibarıyla da ismi Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değişmiştir. 2006 yılı itibarıyla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın tek çatı altında birleşmesi ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adını almıştır.

3'te yer vermiştir. Bu maddede malullük ile ilgili yapılan düzenlemede işe alıştırma sırasında yapılan sağlık kontrolleri neticesinde alınan raporlara istinaden yeniden değerlendirme yapılabileceği yer almıştır. Kanunda Madde 3'te sigortalı sayılanlar ile ilgili düzenlemede "Sağlık müesseselerinde işe alıştırılmakta olan hasta veya maluller" hükmü yer almıştır. Yine aynı kanunda Madde 57'de kontrol muayeneleri ile ilgili olarak malullük aylığının tekrar uyarlanması sürecinde dikkate alınacak hususlar arasında, işe alıştırma sonunda yeniden tespit edilecek malullük durumunun dikkate alınacağı yer almıştır.

Bu kanunda işe alıştırma kavramı Madde 122'de açıklanmıştır. Bu maddede "Sürekli iş göremezlik geliri veya malullük aylığı almakta olan sigortalılardan çalışma gücünün artırılabilmesi umulanlar, Kurumca, kendi mesleklerinde veya yeni bir meslekte çalışabilmelerini sağlamak üzere işe alıştırılmaya tabi tutulabilir." ifadesi yer almıştır. Maddede teşvik içeren hüküm "Kurumun bu husustaki yazılı bildirisine rağmen işe alıştırılmaktan kaçınan sigortalıların, sürekli iş göremezlik geliri veya malullük aylığının yarısı, bildiride belirtilen tarihten sonraki aybaşından başlanarak, alıştırma işine başlayıncaya kadar kesilir." şeklinde yer almıştır. Bu maddenin uygulama biçimi 22/06/1972 tarih ve 14223 sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğünde yer almıştır. Tüzükte "işe alıştırma (Rehabilitasyon)" kavramı, "Sigortalılardan sürekli iş göremez veya malul hale gelmiş yahut da gelebilecekleri tıbben kabul edilenlerin, kendi mesleklerinde veya yeni bir meslekte çalışabilmelerini sağlamak amacı ile yapılan tıbbi bakım ve mesleki eğitimi ifade eder." şeklinde tanımlanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumunun işe alıştırma (rehabilitasyon) çalışmaları için belirlediği yürütüm safhaları Madde 13'te yer almıştır. İşe alıştırma, kaybedilen fonksiyonun düzelmesine kadar süren tedavi safhasını içeren tıbbi rehabilitasyon, çalışma alanının tespiti safhasını içeren iyiliğe dönüş ve sigortalı için tespit edilen çalışma alanına yetiştirme, eğitim safhasını içeren mesleki rehabilitasyon olmak üzere üç safhada ele alınmıştır. Tüzükte, "Bu işe alıştırma sürecini kapsayan safhalar sonrasında sigortalının, ilgili kurum ve kuruluşlarca işe yerleştirilmesi sağlanır." hükmü yer almıştır. Tüzüğe göre "Kurum tarafından sigortalıların rehabilitasyonu kendi müesseselerinde, rehabilitasyon merkezlerinde yapabileceği gibi, yurt içinde aynı amaçla kurulmuş diğer tesislerde de yaptırabilir." ifadesi yer almıştır. Aynı zamanda bölge rehabilitasyon merkezlerinin kurulması ve bunların kimler tarafından kurulabileceği, rehabilitasyon merkezlerinde kurulması gereken rehabilitasyon merkezi sağlık kurulu ve üyeleri ile ilgili hükümler yine bu Tüzükte düzenlenmiştir. Sigortalının rehabilitasyon sürecinde nasıl ve nereye sevk edileceğine dair düzenlemelere de yer verilmiştir. Tüzüğe göre sigortalılar, "müdavi Kurum hekimi, Kurum sağlık tesisleri veya Kurum Sağlık İşleri Başkanlığı tarafından en yakın bölge rehabilitasyon sağlık kuruluna" sevk edilirler. "Bölge rehabilitasyon sağlık kurullarınca, rehabilitasyon merkezlerine gönderilen sigortalılar, rehabilitasyon merkezi sağlık kurulu tarafından muayene edilir. Muayene sonucunda rehabilitasyona tabi tutulması uygun görülenlerin nerede, ne suretle ve ne süre rehabilitasyona tabi tutulacaklarına karar verilir".

İşe alıştırmaktan kaçınan veya başladıktan sonra işi bırakan sigortalıların önüne geçebilmek için ise sürekli iş göremezlik gelirlerinden veya malullük aylıklarından yapılacak kesintiler ile ilgili düzenleme de yapılmıştır.

Tüzüğe göre günlük çalışma süresi 8 saati geçmeyecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. "Çalışma saatleri, rehabilitasyon merkez sağlık kurulunca sigortalının kişisel durumuna ve alıştırılacağı işin mahiyet ve özelliğine göre arttırılıp eksiltilebilir". Tüzükte bir yönetmelikle "rehabilitasyon müesseselerinde uygulanacak eğitim programları ile çalışma esaslarının düzenleneceği" hükmü yer almıştır. Tüzüğe göre işe alıştırma için gereken her türlü giderlerin Kurumca karşılanacağı belirtilmiştir.

2006 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda işe alıştırma kavramı yer almamıştır. Mülga olan tüzüğün yerini alan bir düzenleme de yapılmamıştır. Ancak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Madde 6'da sigortalı sayılmayanlar ile ilgili hükümde "sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya maluller" ifadesi yer almıştır. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi ile ilgili düzenlemenin yer aldığı Madde 63'te rehabilitasyon hizmetleri ifadesine yer verilmiştir.

2008 yılında "yerel yönetimler ve özürülüler" teması kullanılarak II. Özürülüler Şurası⁶ yapılmıştır. Şura sonucunda ortaya çıkan önerilerden bir tanesi de mesleki rehabilitasyonun kurumsallaştırılması ve yaygınlaştırılması gerekliliğidir. Bu bağlamda Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) ile yerel yönetimler sorumlu kuruluş olarak belirtilmiştir (II. Özürülüler Şura (Yerel Yönetimler ve Özürülüler) Kararları, 2005).

⁶ 26-28 Eylül 2005 tarihleri arasında Ankara'da "Yerel Yönetimler ve Özürülüler" teması altında II. Özürülüler Şurası Başbakanlık Özürülüler İdaresi Başkanlığı tarafından düzenlenmiştir.

3.3. 4857 Sayılı İş Kanunu

İş Kanununda düzenlenen eşit davranma ilkesi gereğince engeli olan çalışanlar ile engeli olmayan çalışanlar arasında kötü niyetli bir ayırım yapılamayacağına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Benzer şekilde ayrımcılıkla mücadeleye yönelik politikaların geliştirilmesi ve uygulanmasını sağlayacak kararların gerekliliği belirtilmiştir (Şişman vd., 2011). Ayrıca engelli bireylerin istihdamına ilişkin kota sistemi adı verilen düzenleme yapılmıştır. İlk defa Deniz İş Kanununda (1967) düzenlenen kota sistemi belirli oranda engelli çalıştırma mecburiyetini ifade etmektedir (Seyyar, 2006).

Kanuna göre “Elli veya daha fazla çalışana sahip işyerleri için istihdam edilecek engelli birey toplam çalışanların %3’ü kadardır ve bu işverenler engelli bireyleri mesleki, bedeni ve ruhi durumlarına uygun bir şekilde istihdam etmekle yükümlüdür.” Bu süreçte işyerinin işçisi iken engelli hâle gelenlere öncelik tanınmaktadır. Engelli istihdamı İŞKUR aracılığı ile sağlanmaktadır (Akyiğit, 2016). Bu hüküm ile işçinin çalıştığı işe geri dönmesi kolaylaştırılmıştır. Bu durum mesleki rehabilitasyon süreci ve işe dönüş programının da öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Ancak süreç içerisinde mesleki rehabilitasyon ve işe dönüş programı uygulanmasına dair bir düzenleme yoktur. Mesleki rehabilitasyon konusunda bir düzenleme yapıldığında İK ve MH sonucu engelli hale gelen bir çalışanın kendi işine dönmesi hedeflendiği için engelli çalıştırma kotası kapsamında değerlendirilip değerlendirmeyeceği ayrıca tartışılmalıdır. Benzer şekilde malulen çalışma hayatından ayrılan işçinin maluliyeti ortadan kalkarsa tekrar işe dönmesi süreciyle ilgili de düzenleme yapılmıştır. Bu hükme göre “Maluliyeti ortadan kalkan bir işçi tekrar işine dönmek isterse, işveren bunları eski işleri veya benzeri işlerde boş yer varsa derhal, yoksa boşalacak ilk işe başka isteklilere tercih ederek, o andaki şartlarla işe almak zorundadır.” Aranılan şartlar bulunduğu halde bu talebi karşılamayan işveren, eski çalışana “altı aylık ücret tutarında tazminat” ödemekle yükümlü tutulmuştur (Sümer, 2016). Bu maddede yar alan yükümlülük mesleki rehabilitasyon ile ilgili düzenlemede ayrıntılı ele alınmalıdır. İK ve MH sonrası maluliyet almış ve bir süre sonra maluliyeti kalkan kişinin istihdama dönebilmesi amacıyla mesleki rehabilitasyon sürecine dahil edilerek istihdamının sağlanması ve çalışana ve işverene bu süreçle ilgili gerekli sorumlulukların verilmesi önemli bir avantaj sağlayacaktır.

İşverenin derhal fesih hakkının düzenlendiği madde 25’te sağlık sebepleri ile yapılabilecek fesih ile ilgili hükme göre “İşçinin hastalık, kaza, doğum ve gebelik gibi hallerde, belirtilen hallerin işçinin işyerindeki çalışma süresine göre 17 nci maddedeki bildirim sürelerini altı hafta aşmasından sonra işveren için iş sözleşmesini bildirimsiz fesih hakkı doğar.” Bu hak doğum ve gebelik hallerinde 74 üncü maddedeki sürenin bitiminde başlayacaktır. Bu düzenleme mesleki rehabilitasyon sürecinin işletilmesinde doğrudan etkilenecek olan bir maddedir. Bu nedenle mesleki rehabilitasyon ile ilgili mevzuat çalışmalarında dikkatle ele alınması gereken bir maddedir.

Engelli çalıştırma zorunluluğunun düzenlendiği 30 uncu maddeye aykırılık hallerinde tahsil edilecek cezalar da bu kanunda belirlenmiştir. Bu cezaların kullanım alanlarından biri de rehabilitasyon sürecine katkı sunacak şekilde, “Engellilerin kendi işini kurmalarına yardımcı olmak, engellinin iş bulmasını sağlayacak destek teknolojileri sağlamak, engelliye işe yerleştirilmek, işe ve işyerine uyumunu sağlamak ile bu amaca hizmet edecek projelerin desteklenmesidir.” Tahsil edilen cezaların kullanımına ilişkin hususları belirleyecek komisyonun koordinatörlüğünü İŞKUR yürütmektedir.

Kanunda istisnalar olarak, “rehabilite edilenlerin kanun kapsamında olmadığı ve bu kanunun rehabilite edilenlere uygulanmayacağı” belirtilmiştir (Akyiğit, 2016). Bu düzenleme mesleki rehabilitasyon ile ilgili bir düzenleme yapıldığında öncelikli olarak ele alınması gereken bir diğer maddedir.

3.4. 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun

Kanunun amacı, “Engelliliğin önlenmesini sağlayıcı tedbirler almak, engellilerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümünü sağlamak ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılımlarını sağlamaktır.” Aynı zamanda bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri hayata geçirmektir. Ayrıca kanun kapsamında engelliler, aileleri, engellilere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ile diğer ilgililer yer almaktadır. Kanunda engelli, habilitasyon ve rehabilitasyon kavramları tanımlanmıştır.

Kanuna göre rehabilitasyon, “herhangi bir nedenle oluşan engelin etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmeyi ve engellinin hayatını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini sağlamayı amaçlayan fiziksel, sosyal, zihinsel ve mesleki beceriler geliştirmeye yönelik hizmetler” olarak tanımlanmıştır.

Madde 13'te engellilerin eğitimlerine yönelik düzenleme yapılmıştır. Bu maddeye göre “engellilerin meslek seçebilmesi ve bu alanda eğitim alabilmesi için gerekli tedbirler” alınmalıdır. Engellilere yönelik geliştirilecek mesleki rehabilitasyon, rehabilitasyon ve eğitim programları, “yapılacak olan iş ve meslek analizleri doğrultusunda Milli Eğitim Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca ortaklaşa bir şekilde” düzenlenecektir. Maddeye göre “engellilerin mesleki rehabilitasyon ve rehabilitasyon hizmetleri, kamu kurum ve kuruluşları ile belediyeler ve diğer gerçek veya tüzel kişiler” tarafından da gerçekleştirilebilmektedir (Şişman vd., 2011).

Madde 14'te engellilerin istihdamına yönelik düzenleme yapılmıştır. Maddeye göre,

engelli bireylerin iş gücü piyasası ve çalışma ortamında istihdamın sağlanması için kendi işini kurmaya rehberlik ve mesleki danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi de dâhil olmak üzere gerekli tedbirler alınmaktadır. Engelliler, işe başvuru, alım, önerilen çalışma süreleri ve çalışma şartları ile istihdamın sürekliliği, kariyer gelişimi, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları dâhil olmak üzere istihdama ilişkin uygulanabilecek ayrımcılıklardan korunmuştur. Çalışan engelli bireylerin aleyhinde sonuç doğuracak şekilde, engelinden dolayı diğer kişilerden farklı muamelede bulunamayacağı belirtilmiştir. Bu maddeye göre çalışan veya iş başvurusunda bulunan engelli bireylerin karşılaşılabileceği engel ve güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik istihdam süreçlerindeki önlemlerin alınması ve engelli bireylerin çalıştığı iş yerlerinde makul düzenlemelerin, bu konuda görev, yetki ve sorumluluğu bulunan kurum ve kuruluşlar ile işverenler tarafından yapılması zorunluluğu bulunmaktadır.

3.5. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

2006 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sosyal Güvenlik Kurumu'na kayıtlı çalışanlar için sosyal güvenlik kapsamı sağlamayı amaçlamaktadır. Kanunun kapsamı oldukça geniştir. Sadece iş kazaları ve meslek hastalıkları için değil, aynı zamanda evlilik, annelik, emeklilik ve genel sağlık sorunlarının tedavisi gibi diğer tüm sosyal güvenlik uygulamaları için de geçerlidir (Güzel vd., 2012).

Kanun, tanı prosedürü ve meslek hastalıklarının bildirimini hakkında ayrıntılı bir açıklama sağlamaktadır. İK ya da MH nedeniyle geçici iş göremezlik (GİG), sürekli iş göremezlik (SİG) ve malullük durumunda çalışanlara sağlanacak faydalar ve tazminatlar hakkında hükümler içermektedir (Ünal, 2012).

Kanunda işe alıştırma veya rehabilitasyon ile ilgili hükümler de yer almamaktadır ancak madde 6'da belirtilen sigortalı sayılmayanlar arasında “sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller” ifadesi yer almıştır. Madde 63'te finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi ile ilgili düzenlemede, rehabilitasyon hizmetleri ifadesi yer almıştır. Mesleki rehabilitasyon hizmetine etki edebilecek maddeler olduğu için titizlikle değerlendirilmesi gereken maddelerdir. Mesleki rehabilitasyon ile ilgili bir düzenlemede Madde 63'te geçen rehabilitasyon hizmetleri ifadesinin tıbbi, sosyal ve mesleki rehabilitasyon sürecinde kullanılacak tüm müdahaleleri ve değerlendirmeleri kapsayacak şekilde değerlendirilmesi gerekecektir.

Kanunda GİG ödeneği ve SİG geliri ile ilgili düzenlemeler de yer almaktadır. “İK veya MH nedeniyle iş göremezliğe uğrayan sigortalı, istirahat raporunun Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından almış olması şartıyla her gün için GİG ödeneği alır.” Bu durumda verilecek GİG ödeneği, “yatarak tedavilerde günlük kazancının yarısı, ayaktan tedavilerde ise günlük kazancın üçte ikisi kadardır.” Ancak, statüsü 4/b olan sigortalılara⁷, “yatarak tedavi süresince veya yatarak tedavi sonrası bu tedavinin gereği olarak istirahat raporu aldıkları sürede GİG ödeneği ödenir”.

Madde 19'a göre “İK veya MH sonucu oluşan hastalık ve engellilik nedeniyle meslekte kazanma gücü (MKG) en az % 10 oranında azaldığı tespit edilen sigortalı, SİG gelirine hak kazanır”. Bu tespit “Kurumca yetkilendirilen

⁷ Sigortalı sayılanlar: Madde 4- (Değişik: 17/4/2008-5754/2 md.) Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından; b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise;

1) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar, 2) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, 3) Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları

sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlara istinaden Kurum Sağlık Kurulunca⁸ yapılmaktadır. SİG geliri, sigortalının (MKG) kaybı oranına göre hesaplanır. Sürekli Tam İş Göremezlik geliri, aylık kazancın % 70'i oranında hesaplanır. Sürekli Kısmi İş Göremezlik ödeneği, Sürekli Tam İş Göremezlik geliri gibi hesaplanarak bunun iş göremezlik derecesi oranındaki tutar sigortalıya gelir olarak bağlanır. Sigortalı sürekli bakıma muhtaç ise gelir bağlama oranı % 100 olarak uygulanmaktadır.

Uzun Vadeli Sigorta Kollarına ilişkin hükümlerin düzenlendiği bölüm olan madde 25'te malül sayılma ile ilgili düzenleme bulunmaktadır. Bu maddede:

“Sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az % 60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malül sayılır. Ancak, sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce sigortalının çalışma gücünün % 60'ını veya vazifesini yapamayacak derecede meslekte kazanma gücünü kaybettiği önceden veya sonradan tespit edilirse, sigortalı bu hastalık veya engelliliği sebebiyle malullük aylığından yararlanamaz.”

ifadesi yer almaktadır.⁹

Madde 54' te düzenlenmiş olan aylık ve gelirlerin birleştirilmesine göre, “sigortalı ya da hak sahiplerine bağlanacak olan malullük, yaşlılık, ölüm sigortaları ve vazife malullüğü ödemeleri ile iş kazası ve meslek hastalığı sigortasından kazandığı aylık ve gelirler birleşebilmektedir.” Birleşme durumunda, bu aylık veya gelirlerden yüksek olanın tamamı, az olanın yarısı ödenir. Bu aylık ve gelirler eşit ise İK ve MH nedeniyle bağlanan gelirin tümü, diğer aylığının yarısı bağlanır. Bu durumda bir sigortalı İK ve MH sonrası SİG geliri alırken aynı zamanda malul olduysa malullük aylığı da alabilir.

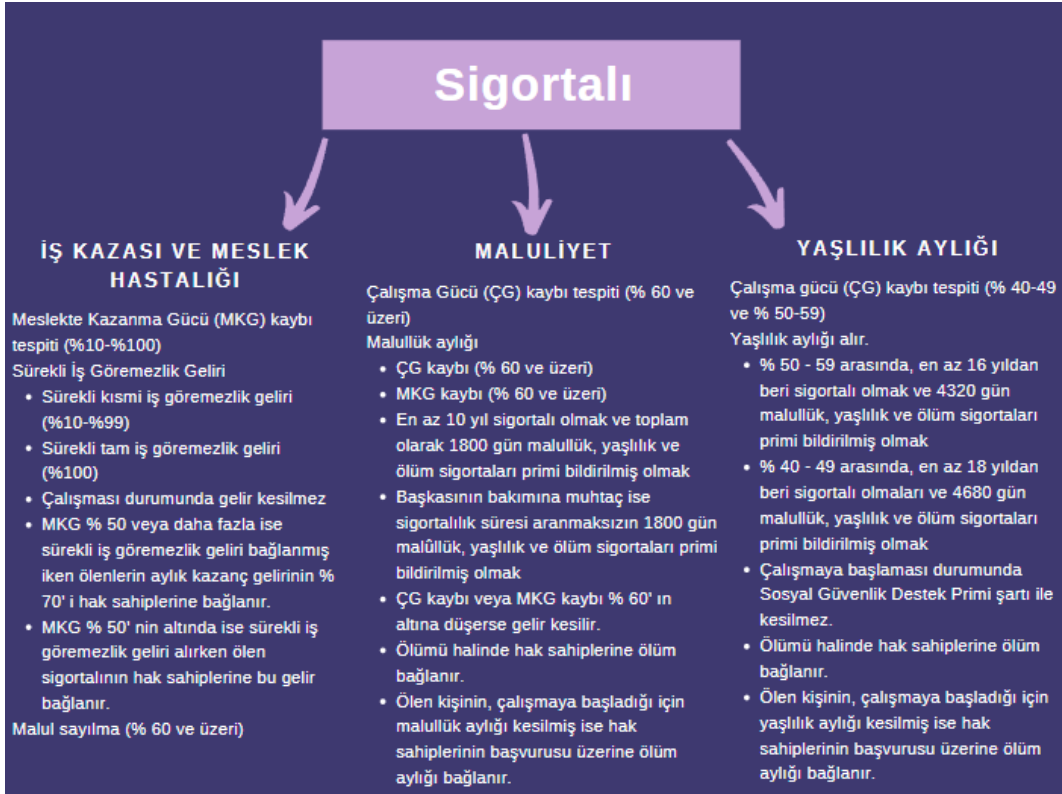
Mesleki rehabilitasyon süreci dikkate alındığında mevzuatta yer alan GİG ödeneği, SİG geliri ve malullük aylığı ödemeleri ile ilgili yeni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Mesleki rehabilitasyon sürecine tabi olan çalışan istihdama döndüğü zaman SİG gelirinin ödenip ödenmeyeceği ya da ne oranda ödeneceği ile ilgili düzenlemeler farklı ülke uygulamaları ve Türkiye şartları dikkate alınarak üzerinde titizlikle çalışılması gereken bir husustur. İK ve MH sonucu MKG'nün en az % 60'ını kaybeden bir çalışan mesleki rehabilitasyon sürecine dahil edildiğinde yürütülen çalışmalar, istihdamda kalmasına yönelik olacağı için malul sayılma durumu ve bu hususa bağlı ödenecek ödeneklerin ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu kişiler için malul aylığı alması öncelik olmayabilir. İstihdama kazandırma amacıyla yürütülen rehabilitasyon sürecinde malul aylığı yerine rehabilitasyon süresince alacağı farklı bir ödenek sağlanarak istihdama dönmesini sağlamak öncelikli amaç olmalıdır. Mesleki rehabilitasyon kapsamında yapılacak çalışmalar ve uygulamalar sonrasında malul sayılma noktasında MKG kayıp oranı tekrar değerlendirilebilir ve Türkiye şartlarına uygun bir model tekrar kurgulanabilir. Rehabilitasyon süreci sonunda işe dönüş hiyerarşisi incelendiğinde, en son basamakta kişi hala istihdama kazandırılmadıysa malul sayılma durumu ve alacağı ödenekler söz konusu olmalıdır.

⁸ Kurum Sağlık Kurulu: Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecek raporlardaki teşhis ve bu teşhise dayanak teşkil eden belgeleri incelemek suretiyle, çalışma gücü kaybı ve meslekte kazanma gücü kaybı oranlarını, erken yaşlanma halini, vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücü kaybını ve malullük derecelerini belirlemeye yetkili hekimlerden ve/veya diğ hekimlerinden oluşan kurulları ifade eder.

⁹ Sigortalı sayılanlar MADDE 4- (Değişik: 17/4/2008-5754/2 md.) Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından; a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise; 1) Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar, 2) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, 3) Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, 4) Tarımsal faaliyette bulunanlar, c) Kamu idarelerinde; 1) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar, 2) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açıktan vekil atanmışlar, sigortalı sayılırlar.

Ülkelerin bu süreçte sağladığı ödenekler rehabilitasyon sırasında ödenen bir ücret, günlük ödeneğe benzer bir yardım ya da maluliyet aylığına karşılık gelen bir yardım şeklinde farklı biçimlerde olabilmektedir (Schian, 2006; Mielonen, 2020).

5510 sayılı kanun kapsamında düzenlenen yaşlılık aylığı da yine İK ve MH sonrası sigortalıların başvurduğu bir seçenek olabilmektedir. Yaşlılık aylığına hak kazanma şartlarına bakıldığında “% 50 - 59 arasında çalışma gücü kayıp oranı varsa, en az 16 yıldan beri sigortalı olmak ve 4320 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak” şartı aranmaktadır. “% 40 - 49 arasında çalışma gücü kayıp oranı varsa, en az 18 yıldan beri sigortalı olmak ve 4680 gün prim bildirilmiş olmak” şartı aranmaktadır. İK ve MH sonrası % 40 oranında çalışma gücü kaybı olan bir çalışan günümüz şartlarında işveren tarafından yaşlılık aylığı alma şartlarını da taşıyorsa tercih edilmeyen bir konumda olabilir. Bu şartlar doğrultusunda yaşlılık aylığı olarak işten ayrılan çalışan engelli istihdamı kapsamında tekrar istihdam edilebilir. Ancak yaşlılık aylığının kesilmemesi için işverenlerinin Sosyal Güvenlik Destek Primi ödemesi şartı bulunmaktadır. Mesleki rehabilitasyon ile bu kişilerin istihdamının devam etmesine yönelik ciddi iyileştirmeler yapılabilir. Şekil 3’de kanunda ele alınan ve rehabilitasyon kapsamına dahil olabilecek sigortalılar için özet bir tablo yer almaktadır.



Şekil 3. 5510 sayılı Kanun Kapsamında Mesleki Rehabilitasyon Sürecine Dâhil Olabilecek Sigortalılar

Ayrıca kanunda İK ve MH sonrası ödenecek SİG geliri ve malullük aylığının hangi şartlarda ve miktarda işverene rücu edileceği de düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre, “İşverenin kastı veya İSG mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu İK ya da MH meydana gelmişse, Kurumca sigortalıya, hak sahiplerine yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değeri toplamı, kusuru oranında işverene rücu edilir.” Bahsi geçen hususlar 5510 sayılı kanun kapsamında sosyal sigorta hükümleri ile getirilen hak ve yükümlülükleri ve sosyal sigorta işlemlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla çıkarılan Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

İK ve MH sonrası sigortalıya ve hak sahiplerine ödenen gelirlere bakıldığında sosyal güvenlik sistemine ve işverenlere maliyeti ciddi boyutlardadır. Bu maliyetlerin önüne geçilmesi için ilk başta yapılması gereken İSG hizmetlerinin önleyici tedbir olarak uygulanmasıdır. Mesleki rehabilitasyonun temel amacı, çalışma gücü kaybının en aza indirilmesi ile çalışanların istihdamda kalmalarını sağlamaktır. İK ve MH sonrası çalışanların istihdamda

kalmalarının sağlanması ve bu istihdamın sürdürülebilir olması, başarılı bir şekilde uygulanacak mesleki rehabilitasyon ile mümkün olabilecektir.

3.6. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

2012 yılında yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 4857 Sayılı İş Kanunu'nda düzenlenen İSG hükümlerinin yerini alan müstakil bir kanundur. Kanun, işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenleyen kapsamlı bir alt yapı sağlamaktadır. Kanunun ana amacı riskleri önleyerek işyerlerinde İSG şartlarını iyileştirmektir. Kanun, “kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine (birkaç departman/faaliyet hariç olmak üzere), bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın” uygulanmaktadır.¹⁰

Kanunda doğrudan iş dönüş ve/veya mesleki rehabilitasyona ilişkin belirli bir yükümlülük veya atıf bulunmamaktadır. Ancak işverene, çalışana ve devlete bir takım haklar ile uymakla yükümlü oldukları bir takım sorumluluklar getirmiştir.

İşverene, her bir çalışanına İSG eğitiminin verilmesi yükümlülüğü getirilmiştir. Bu eğitim özellikle; “işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanının değişmesi halinde veya yeni teknoloji uygulanması halinde” verilmektedir. “Eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni risklere uygun olarak yenilenmeli, gerektiğinde ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır.” Ayrıca, “İK geçiren ve MH'ye yakalanan çalışana işe başlamadan önce, söz konusu kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitimlerin verileceği”, ve ayrıca “herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimlerinin verileceği” hükmü yer almaktadır.

Çalışanların tıbbi muayenesini yaptırmakla işverenler yükümlü kılınmıştır. Buna göre işverenler, çalışanların işyerinde maruz kaldıkları sağlık ve güvenlik risklerine uygun sağlık gözetimi almasını sağlamakla yükümlü tutulmuştur.

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında rehabilitasyon ile ilişkili olabilecek bu konuya hizmet edebilecek bir hüküm Madde 6'da yer almaktadır. Maddeye göre işveren tarafından, “İK geçiren ya da MH'ye yakalanan çalışana kaza ya da hastalık sebepleri, korunma yöntemleri ve güvenli çalışma prosedürleri hakkında işe dönüşü kolaylaştırmak adına eğitim verilmesi” gerekmektedir.

İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte rehabilitasyon kavramı işyeri hekimlerinin görevlerinin düzenlendiği Madde 9'da geçmektedir. İşyeri hekimlerinin ilgili birimlerle işbirliğinin düzenlendiği hükümler arasında, “MH ile ilgili sağlık kurulu raporlarını düzenlemeye yetkili hastaneler ile işbirliği içinde çalışılması ile İK geçiren ya da MH'ye yakalanan çalışanların rehabilitasyonu konusunda ilgili birimlerle işbirliğini sağlamakla” görevli kılınmıştır.

İşyeri hekimlerinin görevleri arasında yer alan bir başka husus risk değerlendirmesidir. Bu hususta işyeri hekimleri, “risk değerlendirmesi çalışmalarına katılmakla, bu çalışma sonucunda işverene alınması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri konusunda önerilerde bulunmakla ve bunun takibini yapmakla” yükümlüdür. Aynı zamanda “özel politika gerektiren grupları (gebe veya emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı olanlar, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, malul ve engelliler, alkol, ilaç ve uyuşturucu bağımlılığı olanlar, birden fazla iş kazası geçirmiş olanlar vb.)” risk değerlendirmesinde özellikle dikkate almak, takibini yapmak, koruma altına almak ve bilgilendirmekle yükümlüdür.

İşyeri hekimlerinin görevleri arasında bulunan sağlık gözetiminin düzenlendiği bölümde mesleki rehabilitasyon ile ilgili olabilecek hükümler yer almaktadır. Bu hükümlere göre işyeri hekimleri, “özel politika gerektiren gruplar, MH tanısı veya ön tanısı alanlar, kronik hastalığı, madde bağımlılığı, birden fazla İK geçirmiş olanlar gibi çalışanların, uygun işe yerleştirilmeleri için gerekli sağlık muayenelerini yaparak rapor düzenlemelidir”. MH tanısı veya ön tanısı almış çalışanın varsa kişinin çalıştığı ortamdaki diğer çalışanların sağlık muayenelerini

¹⁰ 6331 Sayılı Kanun Madde 2'de tanımlandığı hali ile¹⁰, şunları kapsamaktadır: i) Fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindeki hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri. ii) Afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri. iii) Ev hizmetleri; iv) Çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar; v) Hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan iş yurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri.

tekrarlamakla da yükümlüdür. Mesleki rehabilitasyon sürecine yakın olan bir diğer yükümlülüğe göre işyeri hekimi, “çalışanların sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri halinde işe dönüş muayenesi yapar ve eski görevinde çalışması uygun olmayanlar için işverene mevcut sağlık durumlarına uygun bir görev verilmesini tavsiye eder”. Bu yükümlülükler bakımında işyeri hekimlerinin risk değerlendirmesi çalışmalarını ve gerekli görüldüyse sağlık gözetimini İK ve MH sonrası işe dönüş sağlayan çalışana yönelik kapsamlı bir şekilde yapması ve mesleki rehabilitasyonun temel süreçlerinden biri olan çalışana uygun işin ayarlanması noktasında gerekli olan birimlerle işbirliği yapması ve işverene bu hususta rehberlik yapması gerekir.

İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte iş güvenliği uzmanlarının görevleri madde 9’da düzenlenmiştir. Bu maddeye göre iş güvenliği uzmanlarının görevleri “rehberlik, risk değerlendirmesi, çalışma ortamı gözetimi, eğitim, bilgilendirme, kayıt ve ilgili birimlerle işbirliği” yapmaktır. İlgili birimlerle işbirliği kapsamında iş güvenliği uzmanları, “işyeri hekimiyle birlikte iş kazaları ve meslek hastalıklarını değerlendirmek ve bunların nedenlerini ortaya koyacak inceleme ve araştırmaları yaparak tekrarlamasının önüne geçmek için önleyici faaliyetleri planlamak ve uygulamaların takibini yapmakla” yükümlü tutulmuştur. Bu görevlerin mantığına bakıldığında iş güvenliği uzmanının, İK ve MH sonrası işe dönüş yapan çalışana özel olarak ele alması ve işin çalışana uygunluğunu sağlamak üzere çalışmalarına yön vermesi ve işverene bu doğrultuda rehberlik etmesi gerekliliği görülecektir.

3.7. Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik

2005 yılında düzenlenen II. Özürlüler Şurası’nda bu alanda çalışan kurumların rehabilitasyon merkezlerini içerecek biçimde yeniden düzenlenmesi ve merkezlerin etkili biçimde denetlenmesi tavsiye edilmiştir (II. Özürlüler Şurası (Yerel Yönetimler ve Özürlüler) Şura Kararları, 2005).

Bu bağlamda, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından ortaklaşa hazırlanan 5378 sayılı Engelliler Kanununun 13’üncü maddesine dayanılarak yönetmelik hazırlanmıştır. Yönetmelik, “engelli bireylerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla kurulacak özel mesleki rehabilitasyon merkezlerinin açılışı, denetlenmesi ile işletilmesine ilişkin usul ve esasları” öngörmektedir. Yönetmelik, gerçek veya tüzel kişiler tarafından açılacak özel mesleki rehabilitasyon merkezlerini de kapsamaktadır.

Tıbbi bir raporla çalışma kapasitelerinin en az %40’ından yoksun olduğu belgelenen kişilerin bu yönetmelik kapsamında sakat (engelli) olduğu kabul edilmektedir. Yönetmelik kapsamındaki mesleki rehabilitasyon merkezleri, Milli Eğitim Bakanlığının Özel Öğretim Kurumları mevzuatı tarafından denetlenmekte ve ihtiyaç olduğunda Çalışma ve İstihdam Bürosu il müdürlüklerinden bir yetkili de denetime katılabilmektedir.

Yönetmelikte mesleki rehabilitasyon ile birlikte, engelli bireylerin “işgücü piyasasında ihtiyaç duyulan, ilgi ve yeteneklerine uygun mesleklerde yetiştirilerek istihdamlarını kolaylaştırmak ve mesleklerinde ilerlemelerini sağlamak amacıyla devamlı ve koordinasyon içinde sosyal ve tıbbi rehabilitasyon, mesleki rehberlik, mesleğe hazırlık, meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimi, işe yerleştirme ve takibinin yapılması” hedeflenmektedir (Arıkan ve Ayyıldız, 2018).

Merkezlerde sağlanacak kurs programları ile rehabilitasyon hizmetleri de ayrıca düzenlenmiştir. Merkezler üç bölümden oluşmaktadır. Bunlardan biri Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümüdür. Bu bölüm, “yararlanıcı mevcut fiziksel ve zihinsel yetenek seviyesi, sağlık problemleri, ilgilerinin ve becerilerinin belirlendiği, tıbbi değerlendirme, mobil değerlendirme” yapıldığı bölümdür. Yararlanıcının ihtiyaçlarının belirlenmesinden sonra gerekli fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri bu bölümde yerine getirilmektedir. Bu bölümde, “yararlanıcının ilgi, yetenek ve becerileri ile işin gerekleri karşılaştırılarak uygun mesleki eğitim” alanına yönlendirilmektedir.

Mesleki eğitim bölümü, en az altı haftalık kursların düzenlendiği bir bölümdür. Mesleki Rehberlik ve Danışmanlık, İşe Yönlendirme ve İzleme bölümünde “engellinin kişisel özellikleri, yeterlilikleri, özgeçmiş ile başvuru formları, mesleki eğitim belge ve sertifikasyonuna göre durumunu değerlendirip yararlanıcıya mesleki bilgilendirme, mesleki gelişim ve uyum, mesleki danışmanlık, işe yönlendirme ve izleme hizmetlerini sunan, engelli ile işveren arasındaki bağlantıyı kuran” bölümdür. Engelli kişilere ev ve merkezde yaşadıkları psiko-sosyal sorunlarına yardımcı olmak için bireysel ve grup programları ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Ayrıca bu bölüm “işe yerleştirilen engelli işyerinde izleme, işveren ile uyumlandırma, verimlilik ve emniyet açısından iş adaptasyonu ve iş yeri organizasyonu işlevlerini üstlenen” bölümdür.

Merkeze kabul edilecek engellilerde aranacak şartlar ve istenecek belgeler hakkında düzenlemeler de yapılmıştır. Düzenlemeye göre merkeze katılabilmek için; en az %40 oranında engelli olmak İŞKUR'a kayıtlı olmak, 15 yaşını bitirmiş olmak gerekmektedir.

Ergoterapi alanında, "Çalışma kapasitesinin değerlendirilmesi, iş ile uyumlandırılması ve bu süreç sonunda fizyoterapi ve rehabilitasyon birimi ile birlikte kişinin uygun iş kursuna yönlendirilmesi" yapılmaktadır.

Sosyal rehabilitasyon sürecinde "engelli kişilerle evde, merkezde ve sosyal çevrelerinde psiko-sosyal uyumlarını desteklemek için resmi/resmi olmayan kurumlarla etkin bir iletişim kurmalarını sağlamak amacıyla çalışmalar yapılmakta, bireysel ve grup programları ile danışmanlık hizmetleri" verilmektedir.

Mesleki eğitim olarak bireylerin, "yönlendirildikleri ve eğitim sonrasında sertifikalandırıldıkları iş kursunda eğitim almaları" sağlanır. Bu kursların programları, "il milli eğitim müdürlüklerince onaylanan eğitim programlarına" göre yürütülür.

Mesleki rehberlik, "engelli bireylerin özelliklerine ve mevcut fırsatlara göre mesleki bilgilendirme, eğitsel-mesleki gelişim ve yönlendirme, iş ve mesleki danışmanlık" çalışmalarını kapsar. Bu süreçte engellilerin "bireysel özellikleri, yeterlilikleri, özgeçmişi, başvuru formları, kurs sonucu başarı durumu" değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda "yararlanıcı ve işveren arasında" bağlantı kurulur. Madde 7 ve 8'de merkezde çalıştırılacak personel ve nitelikleri ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Bu maddelere göre merkezde "sorumlu müdür, sosyal hizmet uzmanı veya sosyal çalışmacı, özel eğitmen ve eğitici personelin" istihdam edilmesi zorunludur. Belirtilen bu personele ilaveten "doktor, fizyoterapist, psikolog, psikolojik danışman ve rehber uzman merkezin özür gruplarına göre Milli Eğitim Bakanlığı tarafından zorunlu personel olarak" belirlenebilmektedir. Sorumlu müdür olarak "fizyoterapist, psikolojik danışman ve rehber uzman, psikolog, sosyal hizmet uzmanı veya sosyal çalışmacı, özel eğitmen, çalışma ekonomisti, sosyolog ve doktor" atanabilmektedir. Eğitici personel ise mesleki ve teknik eğitim alanında yükseköğrenim görmüş veya ustalık yeterliliğini kazanmış olması gerekmektedir.

3.8. Büyükşehir Belediyelerinin Engelli Hizmet Birimleri Yönetmeliği

Büyükşehir Belediyelerinin Engelli Hizmet Birimleri Yönetmeliği mesleki rehabilitasyonu, "fiziksel, zihinsel ve duygusal yetersizlik sonucu emniyetli ve uygun bir işe ihtiyacı olan engelli bireylerin yaşadıkları bölgenin işgücü talebi dikkate alınarak iş ve meslek sahibi olmasını, uygun çalışma becerileri kazanmasını, yerleştirildiği iş yerinde izlenmesini ve uyumlu çalışmaları" şeklinde tanımlamıştır.

Yönetmeliğe göre, büyükşehir belediyeleri oluşturdukları engelli hizmet birimleri aracılığıyla engelliler ile ilgili "bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, bakım, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri" vermektedir. Birimde "sosyal çalışmacı, psikolog veya psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanı, eğitmen, teknik öğretmen" görevlendirilmektedir. Bunun dışında birimde ihtiyaca göre diğer teknik, idari ve yardımcı hizmetler alanında personel görevlendirilebilmektedir.

Madde 7'de birimin işleyişiyle ilgili olarak, "ilgili kurum ve kuruluşlarla, üniversitelerle, meslek odalarıyla veya sivil toplum kuruluşlarıyla engellilerin yaşamlarını kolaylaştırmak amacıyla engellilere yönelik yapılacak eğitim, bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, bakım, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerini koordine edebileceği" düzenlenmektedir.

Madde 8'de birimin görevleri düzenlenmiştir. Bu görevler arasında,

birime başvuran engelli ve ailelerine psiko-sosyal danışmanlık ve rehberlik hizmetleri verilmesi, engellilik ile ilgili konularda eğitilmelerini, bilgilendirilmelerini ve bilinçlenmelerini sağlayıcı, konferans, seminer, sempozyum gibi etkinlikler düzenlenmesi; engelli ve aileleri için bilgilendirme, bilinçlendirme hizmetleri verilmesi, bu hizmetleri verecek personelin teknik bilgi ve beceriye sahip olması için gerekli eğitimi almasının sağlanması; engellileri nitelikli işgücü haline getirerek, çalışma yaşamına katılmalarını sağlamak üzere mesleki rehabilitasyon ve eğitim programları için başvuranları değerlendirerek uygun mesleki rehabilitasyon ve mesleki eğitimleri verilmesi

sayılmıştır.

Mesleki rehabilitasyon sürecinde belediyelerin özellikle sosyal rehabilitasyon uygulamalarında ciddi rol üstlenebileceği görülmektedir. Ayrıca mesleki rehabilitasyon sürecinde, mevcut kazanımları ile istihdamda

kalması mümkün olmayan kişilerin yeni kazanımlar elde etmesi ve yeni bir meslek edinebilmesi noktasında mesleki kursları ile süreçte yer alabilir. Belediyelerin engelliler için verdiği rehabilitasyon hizmeti iyileştirilerek, İK ve MH sonrası mesleki rehabilitasyon modellemesinde yer alması sağlanabilir.

3.9. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği

Bu Yönetmeliğin amacı, “5510 sayılı Kanuna göre sigortalı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları veya hak sahibi çocuklarının çalışma gücü veya meslekte kazanma gücü kayıp oranlarının tespitine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.” Yönetmelik kapsamında;

- 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri¹¹ kapsamındaki sigortalıların iş kazası ile meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hâllerinin meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağı,
- 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların hangi hâllerde çalışma gücünün %60'ını yitirdiği,
- 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi¹² kapsamındaki sigortalıların hangi hâllerde çalışma gücünün en az %60'ını veya aynı kapsamdaki sigortalıların vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği,
- 5510 sayılı Kanuna göre sigortalı sayılanların yaşlılık sigortası kapsamında çalışma gücü kaybı oranı tespitleri,
- 5510 sayılı Kanuna göre sigortalı sayılanların hangi hâllerde erken yaşlanmış sayılacaklarının tespiti,
- çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranının tespitinde esas alınacak sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi,
- malullük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalıların kontrol muayeneleri¹³

yer almaktadır.

3.10. Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik

İş arayanlar ve işverenler için İŞKUR tarafından sunulan hizmetlere ilişkin usul ve esasları düzenleyen yönetmelikte madde 10'da engelli çalıştırma yükümlülüğü, madde 12'de ise “mesleki eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon” ile ilgili hükümler bulunmaktadır. İŞKUR,

mesleklerin gerektirdiği nitelik ve şartlar ile engelli özelliklerini göz önünde bulundurarak; bunların istek ve durumlarına en uygun iş ve mesleği seçmesi, seçtiği meslekle ilgili eğitim imkânlarından yararlanması, işe yerleştirilmesi ve işe giriş sürecinde mesleki eğitim,

¹¹ 5510 sayılı Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından;

a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,

b) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise;

1) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,

2) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar,

3) Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,

4) Tarımsal faaliyette bulunanlar sigortalı sayılır.

¹² c) Kamu idarelerinde; 1) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar,

2) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar sigortalı sayılır.

¹³ 5510 sayılı Kanununun Madde 94'te geçen kontrol muayenesi arasında yer alan hükümlerden biri, “Sigortalının, isteğe bağlı sigortalının veya bunların hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığını, tespit amacıyla kontrol muayenesi ve tetkik yaptırılmasını talep edebilir” şeklindedir. Bu kanuna göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca yaptırılan kontrol muayenesinde veya sigortalının isteği üzerine ya da işe alıştırma sonunda yapılan muayenesinde yeniden tespit edilecek malullük durumuna göre, malullük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri, yeni malullük durumuna esas tutulan raporun tarihini takip eden ödeme dönemi başından başlanarak artırılır, azaltılır veya kesilir.

danışmanlık ve rehabilitasyon programları veya işyerinde mesleki eğitim programları sürecini yürütmekle

yükümlü kılınmış, danışmanlık hizmetlerinin sağlanması görevi yüklenmiştir (Şişman vd., 2011).

Madde 18’de yer alan işyeri ve çalışma koşullarının engellilere göre hazırlanması düzenlemesine göre işverenlerin, “engellilerin çalışmalarını kolaylaştıracak ve işin engelli çalışana uygunluğunu sağlayacak şekilde hazırlanması, sağlıkları için gerekli tedbirlerin alınması, mesleklerinde veya mesleklerine yakın işlerde çalıştırılması, işleriyle ilgili bilgi ve yeteneklerinin geliştirilmesi, çalışmalar için gerekli araç ve gereçlerin sağlanması” gereklidir. Uygun koşulların varlığı halinde çalışma saatleri de iş kanununda belirtilen sürelerden az olmamak koşuluyla, engellinin durumuna göre belirlenebilmektedir. Madde 18’de yer alan bu hüküm mesleki rehabilitasyon sürecinde yer alan adımlar arasında yer almaktadır.

Madde 19’da engellilerin “yer altı ve su altı işlerinde” çalıştırılmayacağı düzenlenmiştir. Benzer şekilde engellilerin çalıştırılmayacağı işlerin belirtildiği sağlık kurulu raporların dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir (Şişman vd., 2011).

3.11. Korumalı İşyerleri Hakkında Yönetmelik

Türkiye’de 2005 yılında yürürlüğe giren “5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun” ile korumalı işyerlerine ilişkin hükümler düzenlenmiştir. Buna göre korumalı işyeri, “iş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan zihinsel veya ruhsal engelli bireylere istihdam oluşturmak amacıyla Devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklenen ve çalışma ortamı özel olarak düzenlenen işyeri” olarak tanımlanmaktadır. Korumalı işyerleri uygulamasının öncelikli hedef grubu, aslında “işgücü piyasasına kazandırılmaları daha zor olan zihinsel engelliler, ağır dereceli engelliler, eğitim seviyesi düşük engelliler ile engelli kadınlardır”. Korumalı işyerleriyle ilgili usul ve esaslar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı¹⁴ ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı¹⁵ tarafından ortaklaşa çıkarılan “Korumalı İşyerleri Hakkında Yönetmelik” le düzenlenmiştir (Kayıhan vd., 2018).

Korumalı işyeri statüsü, çalışanların yönetmelikle belirlenen oranının engelli bireyler tarafından oluşturulduğu ve korumalı işyerine sağlanan destek sağlama koşullarını ifade etmektedir (Şişman vd., 2011). Yönetmelik gereğince korumalı işyerinde istihdam edilebilmek için gerekli şartlar belirtilmiştir. Bu şartlar “en az % 40 oranında zihinsel veya ruhsal engelli olmak, İŞKUR’a kayıtlı olmak, 15 yaşını bitirmiş olmak” tır. Korumalı işyeri kurmak isteyen gerçek veya tüzel kişiler, “işyerinin üretim faaliyetini veya diğer faaliyetlerini, işyerinde çalışan veya çalışacak toplam işçi sayısını ve engelli birey sayısını, engel durumlarını ve iş yerinde yaptığı veya yapacağı işler ile işyerinin adresini belirten ve işyerinde korumalı iş yeri statüsü kazandırmak talebini içeren dilekçe” ile Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne başvuruda bulunmalıdır. Söz konusu başvurular değerlendirilmekte ve valilikler tarafından uygun görülen işyerlerine Korumalı İşyeri Statüsü Belgesi verilmektedir. Korumalı işyeri statüsüne kavuşan işyeri tarafından iş gücü piyasasında iş bulmakta güçlük çeken engelli bireylere istihdam olanağı sağlanmakta ve gerekli durumlarda mesleki eğitim verilerek yetiştirilmektedir (Berkün, 2013).

Korumalı işyerleri uygulaması, destekli istihdam politikası uygulamaları sonucunda oluşan bir düzenleme olmuştur. Destekli istihdam politikası, “engeli olan bireylerin ve dezavantajlı grupta bulunan kişilerin toplumun diğer kesimleriyle birlikte işgücü piyasasına dâhil olması” olarak tanımlanabilmektedir. Bu amaçla yapılan uygulamalar doğrultusunda toplumsal barışın tesisi sağlanmaya çalışılmaktadır (Arıkan ve Ayyıldız, 2018).

Korumalı işyerlerinde istihdam edilen her bir engelli çalışan için diğer kişi ve kuruluşlar tarafından karşılanan tutar dâhil, yapılan ücret ödemelerinin “yıllık brüt tutarının %100’ü oranında korumalı işyeri indirimi, bu işyerlerinde çalışan engellilerin işsizlik sigortası işveren payının İşsizlik Sigortası Fonundan karşılanması, çevre temizlik vergisi gibi vergilerden muaf tutulması ve engellilere işverence ödenecek ücretlerin bir kısmının İşsizlik Sigortası Fonundan işverene geri ödenmesi” gibi teşvikler sağlanmaktadır (Kayıhan vd., 2018).

¹⁴ 2/7/2018 tarih ve 703 sayılı KHK ile Maliye Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı birleştirilerek Türkiye Hazine ve Maliye Bakanlığı olmuştur.

¹⁵ 633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuş olup, Özürlüler İdaresi Başkanlığı kapatılarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ana hizmet birimlerinden biri olan Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 03/05/2013 tarih ve 28636 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 6462 sayılı kanunla Genel Müdürlüğün adı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir. 10/08/2018 tarihli ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlanarak görev ve sorumluluklarını sürdürmüş ve son olarak Bakanlıkların ayrılmasıyla birlikte Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı çatısı altında hizmetine devam etmektedir.

Bu yönetmelik ile hem engellilerin hem de işverenin engelli kişilerin istihdama katılması hususunda teşviki sağlanmıştır. Engelli bireylerin mevcut kazanımları ve kabiliyetleri doğrultusunda istihdam edilmelerinin yanında kendi işlerini kurmalarına imkân sunarak istihdama katılmaları, mesleki rehabilitasyonun amaçlarına hizmet eden bir yaklaşımdır.

3.12. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

Bu Yönetmeliğin amacı,

erişkinler için engellilik sağlık kurulu raporu ile erişkinler için terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporunun alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve bu raporu verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarının tespiti ile ilgili usul ve esasları belirlemek ile engellilerle ilgili derecelendirmelere, sınıflandırmalara ve tanımlamalara gereksinim duyulan alanlarda ortak bir uygulama geliştirmek ve uluslararası sınıflandırma ve ölçütlerin kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak

olarak belirtilmiştir.

Bu yönetmelik doğrultusunda düzenlenecek sağlık kurulu raporları, İK ve MH geçiren bireyleri kapsamamaktadır. Bunlar dışında terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durumlarda alınacak Sağlık Kurulu Raporları yönetmelik kapsamındadır.

3.13. Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği

28 Eylül 2021 tarihinde “Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” yerine çıkarılan Yönetmelik¹⁶ “5510 sayılı Kanunu’na göre sigortalı sayılanların maluliyet, çalışma gücü kaybı ve erken yaşlanma durumlarının tespitine ve bu tespitlerde esas alınacak sağlık kurulu raporlarına ilişkin usul ve esasları düzenlemeyi” amaçlamaktadır. Aynı zamanda “sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları veya hak sahibi çocuklarının maluliyet ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engellilik durumlarının tespitine ve bu tespitlerde esas alınacak sağlık kurulu raporlarına ilişkin usul ve esasları düzenlemeyi” de amaçlamaktadır.

Yönetmelik kapsamında hafif düzeyde çalışma gücü kaybı, orta düzeyde çalışma gücü kaybı ve maluliyet tanımları yapılmıştır. Bu tanımlara göre

hafif düzeyde çalışma gücü kaybı, çalışma gücünün en az %40-49 arasında kaybedilmesini; orta düzeyde çalışma gücü kaybı, çalışma gücünün en az %50-59 arasında kaybedilmesini; maluliyet ise çalışma gücünü ağır düzeyde (%60 ve üzeri) veya iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybetme veya vazifelerini yapamayacak derecede hastalığa uğrayanlardan personel kanunlarına tabi olanların hastalıklarının kanunlarında tayin edilen sürelerden fazla devam ettiği, olmayanların ise hastalık sebebiyle malul sayılmalarına esas alınacak hastalık süreleri hakkında kendi özel kanunları yürürlüğe girinceye kadar Devlet Memurları Kanununun hastalık iznine ilişkin hükümleri uygulanmak suretiyle bu süreleri doldurma hallerini

ifade eder. Yönetmelikte vazife malulleri¹⁷ ile ilgili de hükümler bulunmaktadır. Bahsi geçen hafif düzey ve orta düzey çalışma gücü kaybı ifadeleri ilk kez bu yönetmelikte tanımlanmıştır. Sigortalının çalışma gücünü ağır düzeyde kaybedip kaybetmediğinin tespitinde yönetmelik ekinde yer alan hastalık listesi esas alınır.

4. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışma ile mesleki rehabilitasyon ve işe dönüş kavramı açıklanarak neden gerekli olduğu ve yapılacak bir düzenleme için ele alınabilecek mevzuat kapsamı ortaya konmuştur. Ülkemizde mesleki rehabilitasyon engellilere yönelik düzenlemeler ile yer almıştır. Ancak bu kapsamda uygulanan hizmetlerin de iyileştirmelere ihtiyacı vardır.

¹⁶ 28/09/2021 tarih ve 31612 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak “Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

¹⁷ 5510 sayılı Kanuna göre kamu görevlilerinin vazife malulü sayılabilmeleri için gerekli şartlar; Çalışma gücünün en az % 60'ını kaybetmeleri, vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybetmeleri, hastalıklarının kanunlarında tayin edilen sürelerden fazla devam etmesi durumlarından birinin gerçekleşmesidir.

İK ve MH sonrası uygulanacak mesleki rehabilitasyona yönelik bir mevzuatın bulunmaması, bu alanda hali hazırda yapılan çalışmaların istenildiği gibi sonuçlanmaması ya da iyi sonuçlanan sürecin sürdürülebilirliğinin azalmasına neden olmaktadır. İK ve MH sonrası mesleki rehabilitasyon ile MKG kaybı yaşayan veya malul olan sigortalıların istihdamda kalması ve istihdamının sürdürülebilir olması mümkün olacaktır. Bu süreçte uygulanan tıbbi, mesleki ve sosyal rehabilitasyon sayesinde çalışan içinde bulunduğu fonksiyonel (fiziksel, bilişsel ve psikolojik) durumuna uygun istihdam edilerek, çalışanın işe uygunluğu değil işin çalışana uygunluğu sağlanmış olacaktır. Bu süreçte yapılacak değerlendirmeler ile mevcut çalışanın işinde yapılacak bazı uyarlamalar, farklı bir işte istihdam veya farklı bir meslekte istihdamının sağlanabilmesi için gerekli eğitimler ve çalışmaların yapılması gibi izlenmesi gereken bir dizi hiyerarşi mevcuttur. Mesleki rehabilitasyon ilk etapta reaktif bir süreç olarak görülebilir ancak İSG sistemi ile gerekli entegrasyonu sağlandığında ve uygulanmaya başlandığında proaktif bir sistem olduğu anlaşılabilecektir ve tıpkı İSG'nin üstlendiği misyon gibi hem devlet, hem çalışan hem de işveren açısından koruyucu bir sistem haline alacaktır. Bu sürecin başarılı işletilebilmesi ve sonraki süreçte çalışma barışının sağlanabilmesi için tüm taraflara belirli haklar, yükümlülükler ve görevler verilmelidir.

Mesleki rehabilitasyon sürecini destekleyecek düzenlemelerin tam olarak işletilebilmesi için mesleki rehabilitasyon özelinde düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır. Mesleki rehabilitasyon çok disiplinli bir bilim olduğundan dolayı etkilediği bir çok alan ve geniş bir mevzuat vardır. Bütün bunlar dikkate alındığında ve ülkelerin iyi uygulama örneklerine bakıldığında, mevcut birincil ve ikincil mevzuata mesleki rehabilitasyon ile ilgili hükümlerin eklenmesi ve ilgili olabilecek hükümlerde bu sürece uygun hale gelecek şekilde değişikliklerin yapılması daha sonra ikincil mevzuatla ayrıntıların düzenlenmesi önerilebilir.

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında düzenlemelerin yer aldığı 6331 sayılı kanun ve bu kanun kapsamında çıkarılan yönetmelikler incelendiğinde İSG modelimizin mesleki rehabilitasyon sürecini desteklediği görülecektir. Önemli olan mesleki rehabilitasyon ve İSG'nin birbirini besleyen süreçler olduğunun göz ardı edilmemesi ve mesleki rehabilitasyon ile ilgili yapılacak düzenlemelerin İSG ile ilişkisini ortaya koyacak şekilde yönetilmesidir.

İK ve MH'nin sosyal güvenlik sistemine etkisi, istihdamın kesintiye uğraması ve çalışılmayan günlerden kaynaklı üretime ve ekonomiye etkisi yapılacak araştırmalar ile ortaya konabilir. Ancak sosyal hayata etkisini ölçmek ve sadece sigortalı olarak çalışan kişiye değil ailesine ve yakın çevresine etkisini ortaya koymak oldukça güçtür. Belirli çalışmalar temel alınarak geliştirilen senaryolar üzerinden bu kayıplar ancak tahmin edilebilir. Mesleki rehabilitasyonun gerekliliği ile ilgili yapılacak kapsamlı bir araştırma neticesinde geliştirilecek senaryolar çerçevesinde Türkiye'ye uygun mesleki rehabilitasyon modeli ortaya konabilir. Daha sonra mevzuat çalışmalarının başlatılması, uygulamada karşılaşılabilecek zorlukları öngörmek ve mevzuatı ona göre şekillendirmek açısından oldukça önemlidir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı Çalışmaya birinci yazar %60 oranında, ikinci yazar %40 oranında katkı sağlamıştır.

Çatışma Beyanı: Makale ilişkin ve yazarlar arasında herhangi bir çatışma beyanı bulunmamaktadır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

KAYNAKÇA

Akyiğit, E. (2016). İş hukuku. Ankara: Seçkin Yayınları.

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2021). Work rehabilitation. Erişim adres: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/WI/Work-Rehab.aspx> (Mart 2021).

Arıkan, S. ve Ayyıldız, E. (2018). Engelli bireylerin destekli istihdamı. İstanbul: Akademik Kitaplar Yayınları.

ASPB (2011). İşgücü piyasasının özürllüer açısından analizi. Ankara

Berkün, S. (2013). Özürllüerinin istihdamında ev esaslı tele çalışma (evde tele çalışma): bursa ili belediyelerinden örnekler. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezsi Yayınları.

- Brage, S., Konadsdottir, A. D. ve Lindenger, G. (2015). Work disability evaluation. R. Escorpizo, S. Brage, D. Homa, ve G. Stucki (Ed.), Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation içinde (s. 107-141). SpringerVerlag.
- British Society of Rehabilitation Medicine. (2000). Vocational rehabilitation - the way forward: report of a working party.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2018). Occupational therapy & Return-to-work. Erişim adresi: <https://caot.ca/> (Mart 2021)
- Chamberlain, M. A., Moser, V. F., Ekholm, K. S., O'Connor, R. J., Herceg, M., ve Ekholm, J. (2009). Vocational rehabilitation: An educational review. Journal of Rehabilitation Medicine, 41(11).
- Choi, Y., Asih, S. R., ve Polatin, P. B. (2016). Understanding motivation to return to work: The economy of gains and losses. I. Z. Schultz ve R. J. Gatchel (ed.), Handbook of return to work içinde (67-79), Springer, Boston, MA.
- Çondur, F., Yenipazarlı, A., ve Cömertler, N. (2020). Engelli istihdamının Dünya'da ve Türkiye'deki görünümü. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 7(5), 347-362.
- Dal, S. (2017). Sosyal politikanın dönüşümünü küreselleşme üzerinden anlamak. Uluslararası Beşeri ve Sosyal Bilimler İnceleme Dergisi, 1(1), 4-18.
- Eravcı, D. B. (2021). İş sağlığı ve güvenliğinde bir sosyal politika aracı olarak mesleki rehabilitasyon: Ülkelere göre iyi uygulamaların incelenmesi. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 10(26), 30-45.
- EU-OSHA. (2016). Rehabilitation and return to work: analysis report on eu and member states policies, Strategies and Programmes. Luxembourg.
- Gobelet, C. ve Franchignomi, F. (2006). Vocational rehabilitation. C. Gobelet, & F. Franchignomi içinde, Vocational rehabilitation içinde. Springer-Verlag France.
- Güzel, A., Okur, A. R. ve Caniklioğlu, N. (2016). Sosyal güvenlik hukuku (16. Baskı b.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Hacettepe Üniversitesi. (2017). Engelli bireylerin istihdam edilebilirliğinin artırılması için teknik yardım projesi- ihtiyaç analizi raporu.
- Hasselhorn, H. M. (2008). Work ability – concept and assessment. enterprise for health management conference. London.
- II. Özürlüler Şurası (Yerel Yönetimler ve Özürlüler) Şura Kararları (2005). Ankara: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
- Ilmarinen, J. (2009). From work ability research to implementation. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(16), 1-7.
- Institute for Research on Labor and Employment. (2010). Helping injured employees return to work_practical guidance under workers' compensation and disability rights laws in california. California.
- ISSA. (2017). The return on work reintegration.
- ISSA. (2019). ISSA Guidelines:Return to work and reintegration. Erişim adresi: <https://ww1.issa.int/guidelines/rtw> (Haziran 2021).
- Kayıhan, H., ve Köse, B. (2018). Türkiye'de ve dünyada mesleki rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri, 3(1), 30-41.
- Marnetoft, S. U. (2000). Vocational rehabilitation of unemployed sick-listed people in a swedish rural area. (D. o. Institutet, Dü.) Stockholm.
- Mielonen, A. (2020). Organisation, coverage and benefits of occupational rehabilitation in Sweden, Germany, the Netherlands and Finland. Finland: Finnish Centre for Pensions.

- Momsen, A. H., Stapelfeldt, C. M., Rosbjerg, R., Escorpizo, R., Labriola, M. ve Bjerrum, M. (2019). International classification of functioning, disability and health in vocational rehabilitation: a scoping review of the state of the field. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 241–273.
- Morger, W. (2006). The point of view of the insurance company. C. Gobelet, & F. Franchignoni (Ed.), *Vocational rehabilitation içinde*. Springer-Verlag France.
- Orhan, S. (2013). Türkiye'de özürlü dostu istihdam politikaları (Durum Analizi ve Öneriler). Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayınları.
- OSHA. (2015). Case study_the Danish National return-to-work programme: Denmark. Erişim Adresi: <https://osha.europa.eu/en/publications/denmark-danish-national-return-work-programme/view> (Şubat 2021).
- Polat, E.K., Bacak B., Kiroğlu F. (2010). Çalışma yaşamında görme engelli bireyler: Çanakkale örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 49, 917-960.
- SBB. (2019). 2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/2019_Yili_Cumhurbaşkanligi_Yillik_Programi.pdf (Ekim 2021).
- Scand, J. (2009). Work ability- A comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Work Environ Health*, 35(1), 1-5.
- Schian, H. M. (2006). Vocational rehabilitation and participation in working life: The German model. C. Gobelet, & F. Franchignoni içinde, *Vocational rehabilitation* (s. 309-327). France: Springer.
- Seyyar, A. (2006). Özürlülere adanmış sosyal politika yazıları. Adapazarı: Adapazarı Büyükşehir Belediyesi.
- Sitattin, M. (2008). Pension preference and work environment. M. Kumashiro (Ed.), *Promotion of work ability towards productive aging içinde*. Taylor & Francis Group.
- Sümer, H. (2016). İş hukuku. ANKARA: Seçkin Yayınları.
- Şişman, Y., Kocabaş, F. ve Yazıcı, B. (2011). Özürlülerin çalışma yaşamına katılma gereği ve türkiye'de bu bağlamda uygulanan sosyal politikaların genel bir değerlendirilmesi -kota yönteminin uygulanmasına ilişkin bir eskişehir örneği-. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları.
- Tengland, P.A. (2011). The concept of work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 275-285.
- The Canadian Human Rights Commission. (2007). A guide for managing the return to work. minister of public works and government services.
- TÜİK. (2018). Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567> (Eylül 2021).
- Ünal, C. (2012). Özürlülerin sosyal güvenlik hakları - dünyadaki yeni yaklaşımlar ışığında öneriler. İstanbul: Beta Yayınları.
- Waddell, G., Burton, A. K., & Kendall, N. A. (2008). Vocational rehabilitation what works, for whom, and when? *Industrial Injuries Advisory Council*.
- WHO. (2021). Ageing and health. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Ekim 2021).