

ISSN: 2667-5889

JAPSS

*Journal of Academic
Perspective on
Social Studies*

Editor

Prof. Dr. Şebnem Aslan

(Yıl: 2021, Sayı: 1 / Year: 2021, Issue: 1)



JAPSS

JOURNAL OF ACADEMIC PERSPECTIVE ON SOCIAL STUDIES

SOSYAL ÇALIŞMALAR ÜZERİNE AKADEMİK PERSPEKTİF DERGİSİ

Sayı: 1 • Nisan 2021

Issue: 1 • April 2021

ISSN: 2667-5889

<http://dergipark.gov.tr/japss>
e-posta: www.journalaposs@gmail.com

Dergi Ofis Adresi (Office Address)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

JAPSS, uluslararası hakemli, açık erişimli bilimsel bir dergidir.

Baş Editör (Editor in Chief)
Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör Kurulu (Editorial Board)

- Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Sandeep Kumar GUPTA, IIMT College of Engineering (Management), Greater Noida, India
Prof. Dr. Sayonara de Fátima TESTON, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Andrea BENCSIK, NJ. Selye University, Komarno, Slovakia
Prof. Dr. Patrick ZAWADZKI, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Nadiia P. REZNIK, National University of Life and Environment Science of Ukraine, Ukraine
Prof. Dr. Suzete Antonieta LIZOTE, University of Itajai Valley, Brazil
Prof. Dr. Akbar VALADBİGI, Elmi-Karbordi University, Jahad-e Daneshgahi, Sanandaj, Iran
Prof. Dr. Arceloni Neusa VOLPATO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Valeriia Y. PROKOPENKO, V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine
Prof. Dr. Beatriz Lucia Salvador BIZOTTO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Madhur GUPTA, St Xavier's College (Management), Bangalore, India
Prof. Dr. Camilia Susana FALER, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Basheer Yousif Ismail, Duhok Politechnic University, Department of Accounting, Iraq
Prof. Dr. Ni Made Eka MAHADEWI, Bali Tourism Polytechnic (Management), Indonesia
Prof. Dr. Shikha KAPOOR, Amity University, Noida, India
Prof. Dr. Nilgün Caner SARP, İstanbul Bilgi University, Turkey
Prof. Dr. Md. Zahir Uddin ARIF, Jagannath University, Dhaka, Bangladesh
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey
Dr. Praveen Kumar SHARMA, Jaypee Institute of Information Technology, India

Temel İletişim [Primary Contact]

PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ
demetakarcay@gmail.com
+90332 444 12 51-7460

PhD. Erhan KILINÇ
erhank23@hotmail.com
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL
fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Teknik İletişim [Technical Contact]

Lecturer Fatih SÜNBÜL
fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Journal of Academic Perspective on Social Studies is an international peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors.

The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi yılda bir kez yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez.

Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir. Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

**JOURNAL NAME: JOURNAL OF ACADEMIC PERSPECTIVE ON SOCIAL STUDIES
(JAPSS)**

AIMS AND SCOPE:

JAPSS aims to contribute social sciences by publishing articles, researches, dissemination of various arguments in social studies. The objective of the journal is to share understanding by exploring new practices, perspectives and also promoting social policies and strategies through advancing theoretical background. JAPSS publishes reporting empirical research and theoretical studies about analyzing, researching, debating and promoting social policies or practices about social issues, behavioral and human sciences based on individuals, families, societies, organizations, countries.

DERGİ ADI: SOSYAL ÇALIŞMALAR ÜZERİNE AKADEMİK PERSPEKTİF DERĞİSİ

AMAÇ VE KAPSAM

Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, sosyal çalışmalarda farklı tartışmaları kapsayan makaleler, çalışmalar ve tezlerden ortaya çıkan çalışmaları yayımlamayı hedeflemektedir. Derginin amacı, bu alanda yeni uygulamaların, bakış açılarının ve aynı zamanda teorik bilgi donanımıyla desteklenen sosyal politikaların ve stratejilerin paylaşılmasıdır. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, sosyal konular, davranışsal ve bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar.

PUBLISHING POLICIES OF JOURNAL

1. JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) is published annually and has a peer review process. Special or additional issues may also be published if necessary.
2. JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) includes international academic reviews, researches articles and studies in social sciences to peer review process. All manuscripts are reviewed initially by the Editors as to aims, scope, principles and standards of the journal. After this editorial evaluation, appropriate manuscripts will be sent for outside review.
3. All manuscripts are evaluated by at least two reviewers. Reviewers are determined as to science field.
4. JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) performs a double-blind review process.
5. JAPSS has an effort to publish original studies related with social sciences. The author(s) should ensure that submitted articles/manuscripts have not been previously in any journal or media and sent to any journal review process.
6. JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) attaches importance to academic and scientific publishing pattern. In the light of this principle, submitted articles may be checked with duplication-checking software to protect authors rights against to plagiarism, copyright infringement and the other breaches of practices in publication.
7. All processes related with reviewing and publishing should be followed online via peer review system.
8. All rights of the articles have been assigned to the journal within the publishing process. Accepted manuscripts for the publication are not reproduced, used or published in any other media without permission of the journal management. JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) may publish the articles various databases or the other media.
9. All legal, economic and ethical responsibility of the articles that sent to JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) for publishing belong to the author(s).
10. JAPSS (Journal of Academic Perspective on Social Studies) publishes articles in English.
11. The manuscripts that fit within the aims and scope of the journal are reviewed by the reviewers within 15 days. If the manuscript is not reported at the end of this process, a new reviewer may be appointed for the article.
12. The manuscript that has two positive review reports from the field evaluation is eligible for publication. The manuscript that has only a positive review report is sent to a third reviewer and the publication of the manuscript is determined by the report of the third reviewer.
13. The authors can oppose the reviewer reports within scientific views and reasons. In such a case, editorial board examine the manuscripts and report.
14. There are no fees payable to submit or publish in this journal.

SUBMISSION GUIDELINES

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1
2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
 - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
 - **Findings** (which should contain the key findings)
 - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

DERGİ YAYIM İLKELERİ

1. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, yıllık olarak yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar yayınlanabilir.
2. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, sosyal konular, davranışsal ve bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar. Bütün çalışmaların derginin amacına, ilkeleri ve standartlarına uygunluğu başlangıçta editör kurulu tarafından değerlendirilmektedir. Editör değerlendirmesinde uygun bulunan çalışmalar dış hakemlere gönderilmektedir.
3. Her çalışma en az iki hakem tarafından değerlendirilmektedir. Hakemler bilim dallarına göre belirlenmektedir.
4. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, çift- kör hakemlik süreci yürütmektedir.
5. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, sosyal bilimlerle ilişkili özgün çalışmalar yayınlamayı amaçlamaktadır. Yazar(lar) dergi sistemine yükledikleri çalışmaların daha önce başka bir dergide ya da medyada yayınlanmadığından emin olmalıdır(lar).
6. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, akademik ve bilimsel yayın aşamalarına önem vermektedir. Bu ilke ışığında, yüklenen çalışmalar yazarların haklarını korumak için intihal, telif hakkı ihlali ve yayınlarda görülen diğer ihlallere karşı intihal programıyla taranabilir.
7. Hakemlik ve yayınlamayla ilgili bütün süreçler elektronik hakemlik sistemiyle takip edilmektedir.
8. Çalışmaların bütün hakları yayın sürecinde dergiye devredilmektedir. Yayın için kabul edilen çalışmalar dergi yönetiminden izin alınmadan çoğaltılamaz ya da başka medya ortamlarında yayınlanamaz. Dergi, çalışmaları çeşitli veri tabanlarında ya da medyalarda paylaşabilir.
9. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisine gönderilen çalışmaların bütün yasal, ekonomik ve etik yükümlülükler yazarlara aittir.
10. Sosyal Çalışmalar Üzerine Akademik Perspektif Dergisi, İngilizce, Almanca ve Türkçe dillerinde çalışmalar yayınlamaktadır.
11. Derginin amacı ve kapsamına uygun olan çalışmalar 15 gün içinde hakemler tarafından değerlendirilmektedir. Bu süreç içinde hakem tarafından değerlendirilmeyen çalışmalar için yeni bir hakem ataması yapılabilir.
12. İki olumlu hakem raporuna sahip bir çalışma yayına hak kazanmaktadır. Sadece bir olumlu hakem değerlendirmesine sahip çalışma üçüncü bir hakeme gönderilmekte ve çalışmanın yayınlanma kararı üçüncü hakemin raporuna göre verilmektedir.
13. Yazarlar, bilimsel gerekçe ve nedenlerini belirterek hakem raporlarına itiraz edebilirler. Böyle bir durumda, Editör kurulu çalışmayı ve raporları inceler.
14. Bu dergiye makale yüklemek, dergide makale yayınlamak için herhangi bir ücret alınmamaktadır.

YAYIN GÖNDERME KURALLARI

1. Makaleler Microsoft Word Programında yazılmalı ve sayfa yapısı aşağıdaki gibi oluşturulmalıdır:

- Kağıt Boyutu: A4 Dikey
Üst Kenar Boşluğu: 3 cm
Alt Kenar Boşluğu: 3 cm
Sol Kenar Boşluğu: 3 cm
Sağ Kenar Boşluğu: 3 cm
Font: Times News Roman
Yazı Tipi Stili: Normal
Tür Boyutu (Başlık): 12
Tür Boyutu (Normal Metin): 11
Tür Boyutu (Dipnot Metni): 9
Tür Boyutu (Özet): 10
Paragraf Boşluğu: 6 nk
Satır Aralığı: 1

2. Özet 250 kelimedenden fazla olmamalı ve aşağıdaki alt bölümlere sahip olmalıdır.

- Özet (makale içeriğinin detaylarını içermeli ve yöntemlerle / ele alınmalı)
- Bulgular (anahtar bulguları içermesi gerekir)
- Uygulamalar (mesleki uygulamaların ayrıntıları ve içeriği gerekir)

3. Tam makaleler en fazla 8000 kelime olmalıdır.

4. Anahtar kelimeler; özetin altında 3-5 anahtar kelimeye sahip olmalıdır.

5. Yazılar APA referans stilini izlenmelidir.

6. Gönderme yönergeleri için uygun olmayan yazılar, hakem incelemesine dahil edilemez.

MAKALELER/ ARTICLES

2021 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2021 Year, Issue: 1 Articles)

Mahremiyet Kapsamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması ve Depolanması

(Protection and Storage of Personal Health Data in the Scope of Privacy)

Derleme/ Review (1-20)

Gıda Reklamlarının 4-6 Yaş Çocuklarının Beslenmesi Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi (İstanbul Örneği)

(Investigation of the Effects of Food Advertisements on Nutrition of 4-6 Years Old Children (Istanbul Sample))

Araştırma/ Research (21-31)

Suriyeli Mülteci Krizine Yönelik Türkiye'nin Sağlık Politikaları

(Turkey's Health Policies for Syrian Refugee Crisis)

Derleme/ Review (32-44)

Koronavirüs (Covid-19)'ün Sağlık Çalışanları Üzerine Etkisi: Nitel Bir Araştırma

(The Effect of Coronavirus (Covid-19) on Health Workers: A Qualitative Research)

Araştırma/ Research (45-58)

Hastane Yöneticilerinin Hastanelerin Dijitalleşmesine Bakış Açıları Üzerine Nitel Bir Araştırma

(A Qualitative Research on Hospital Managers' Perspectives on the Digitalization of Hospitals)

Araştırma/ Research (59-71)

The Moderator Role of Strategic Planning Performance in the Effect of Managers Autonomy on Strategic Control: A Research in Konya Organized Industrial Zone

Araştırma/ Research (72-85)



E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/pub/japss	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 27/08/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi:10/09/2020

MAHREMİYET KAPSAMINDA KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN
KORUNMASI VE DEPOLANMASI



PROTECTION AND STORAGE OF PERSONAL HEALTH DATA IN THE SCOPE OF
PRIVACY

Atıf/ to Cite (APA): Atalay, H. (2021). Mahremiyet Kapsamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması ve Depolanması. Journal of Academic Perspective on Social Studies, (1), 01-20.

Havva Nur ATALAY¹

DOI: <https://doi.org/10.35344/japss.786353>

ÖZ

Kişiyi özgü, kişisel bilgiler şeklinde tanımlanan kişisel veriler, ilerleyen teknolojiler doğrultusunda siber saldırıların bulunması ve kötü niyetli bireylerin/şirketlerin rekabet avantajı sağlamak amacıyla bu verileri elde etmeye çalışması sebebiyle mahremiyetinin sağlanması ve korunması noktasında günümüzde gittikçe daha da önemli hale gelmiştir. Mahremiyet kavramı sağlık alanında yalnızca bedensel mahremiyet olarak hasta mahremiyeti şeklinde değil bilgi mahremiyeti veya bilişsel mahremiyet olarak da ele alınmaktadır. Kişisel verilerin korunması ve depolanması konusunda da bilgi mahremiyetinin sağlanması oldukça önem arz etmektedir. Kişisel sağlık verileri bireyin hastane kapısından girdiği andan çıktığı ana kadar paylaştığı bilgiler ve hekim tarafından yapılan tahlil, tetkik sonuçlarını da kapsayan bilgiler bütünüdür. 6698 Sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nda özel nitelikli kişisel veriler olarak yer alan kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması da ayrıca hassasiyet gerekmektedir. Bu doğrultuda Tıbbi Arşiv Yönetmeliği ve dijital veri koruma standartları göz önünde bulundurulmaktadır. Ulusal ve uluslararası birçok sözleşmede kişisel verilerin korunması hususu dikkatle ele alınmıştır. 108 Sayılı sözleşme ile başlayan ve 2016-2019 yıllarında yayımlanan yönetmeliklerle ulusal alanda gündeme gelen kişisel verilerin korunmasının hukuken işleyiş açısından sektöre uğramadığı görülmektedir. Fakat uygulama açısından henüz yeterli önem verilmediği için mahremiyet ihlalleri mevcuttur. E-nabız, Minimum Veri Modeli gibi yöntemlerle kişisel sağlık verileri kriptolu şekilde korunarak mahremiyet ihlali en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Literatüre bakıldığı zaman kişisel verilerin korunması noktasında birçok hukuki bakış açısı kazandırılmıştır fakat kişisel verileri sağlık alanında inceleyen ve mahremiyet boyutuyla ele alan çalışma sayısı oldukça azdır. Literatürdeki bu açığa karşılık çalışmanın amacı kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması konusunu mahremiyet bakış açısıyla değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: Mahremiyet, Kişisel Veri, Kişisel Sağlık Verisi

ABSTRACT

Personal data, which is defined as personal, personal information, has become more and more important today in terms of ensuring and protecting its privacy due to the presence of cyber attacks in line with advancing technologies and malicious individuals / companies trying to obtain this data in order to gain competitive advantage. In the field of health, the concept of privacy is considered not only as physical privacy but also as patient privacy, but also as information privacy or cognitive privacy. It is very important to ensure information privacy in the protection and storage of personal data. Personal health data is generally a set of information that an individual shares from the moment he enters the hospital door to the moment he leaves, and includes the results of the analysis and examination. Protection and storage of personal health data, which is included as special personal data in the Personal Data Protection Law No. 6698, also requires sensitivity. Accordingly, the Medical Archive Regulation and digital data protection

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nur.atlyy@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2805-1921>

standards are taken into consideration. The protection of personal data has been carefully considered in many national and international conventions. It is seen that the protection of personal data, which came to the agenda in the national field with the regulations that started with the contract number 108 and published in 2016-2019, is not interrupted in terms of legal functioning. However, there are privacy violations due to the lack of sufficient attention in terms of implementation. With methods such as E-pulse, Minimum Data Model, personal health data are protected in an encrypted manner and privacy violations are tried to be minimized. When we look at the literature, many legal perspectives have been gained regarding the protection of personal data, but the number of studies examining personal data in the field of health and dealing with privacy is very few. Despite this gap in the literature, the aim of the study is to evaluate the protection and storage of personal health data from a privacy perspective.

Keywords: Privacy, Personal Data, Personal Health Data

1.GİRİŞ

Ulusal ve uluslararası düzenlemelerde sağlık alanında mahremiyetin sağlanması hakkının sıklıkla yer aldığı görülmektedir. Mahremiyet kavramı, yasaklı olan ve yapılması konusunda bir sorumluluk bulunduran anlamına gelen Arapça 'da kullanılan haram (yasaklanmış) kelimesinden gelen bir sözcük olmakta ve bir kişiye ait diğer kişilere mahrem olan gizli tutulması gereken bilgileri içermektedir (Şen,2015). Sağlık hizmetlerinde mahremiyet sadece hizmet alındığı an ile sınırlı olmayıp bu süreçteki kişiye ait tüm sağlık verilerini de kapsamaktadır.

Kişisel veri kavramı, kişinin tüm yaşamıyla bağlantılı her türlü özel ya da kamusal bilgiyi içerir(Altundiş,2016). Kişisel sağlık verileri, kişiyi direkt olarak tanımlayan mental ve fiziksel sağlığına ilişkin bütün veriler olarak tanımlanmaktadır (Avaner,2018). Hasta mahremiyeti, hastaya ait bütün bilgilerin gizli olma durumunu ifade etmektedir(Arslan ve Demir,2016). Dolayısıyla kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması konusunda mahremiyeti sağlamada hem bireyin kendisine hem de bu verileri elinde bulunduran kişi, kurum ve kuruluşlara büyük görev düşmektedir. Kişisel veriler bireylerin mahrem alanını kapsadığından kişisel verilerin ihlali mahremiyet ihlali olarak görülmekte ve böyle bir durum; bireylerin hem kurum kuruluşlara hem de devlete olan güvenini ciddi bir şekilde sarsmakta ve toplumu politik, ekonomik ve sosyal yönden etkilemektedir.

Hastane sayıları ve başvuran hasta sayıları göz önüne alındığında ciddi şekilde kişisel veri havuzu oluşmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta mahremiyetinin korunması ve sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için, sağlıklı bir dokümantasyon altyapısının oluşturulması gerekir. Fakat bu alt yapıyı oluşturmak da sağlık kurumlarının sorumluluğundadır. Gittikçe artan teknoloji kullanımı doğrultusunda bu alt yapı yalnızca fiziki arşiv ile sınırlı kalmayıp, kişisel verilerin işlendiği ve depolandığı e-nabız, bulut bilişim, hastane bilgi yönetim sistemleri(HBYS) gibi dijital ortamları da kapsamaktadır. Bu sebeple hastane yöneticileri tarafından uyulması zorunlu dijital veri koruma standartları mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (Özkan,2018).

Bu çalışmada kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanmasına ait bir literatür araştırması yapılması ve mahremiyet boyutuyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda ilk bölümde mahremiyet ve hasta mahremiyeti kavramları tanımlanacak, ikinci bölümde sağlık işletmelerinde kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması konusu ele alınacak ve üçüncü bölümde literatürden örnekler verilerek kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanmasına mahremiyet boyutuyla eleştirel bir bakış açısı geliştirilecektir.

2. MAHREMİYET

Mahremiyet kavramının çoğu birey için farklı anlam taşıması yani çok anlamlılığı ve özel yaşam sınırları dâhilinde bulunan konuların zamandan zamana, bireyden bireye veya kültürden kültüre farklılık göstermesi, kavramın açıklanmasını ve sınırlarının çizilmesini zorlaştırmaktadır(Korkmaz,2013; Yüksel,2009). Köken olarak incelendiği zaman mahremiyet kavramını tanımlamak daha kolay hale gelmektedir. Mahremiyet kavramı, yasaklı olan ve yapılması durumunda sorumluluk oluşturan eylemler anlamını taşıyan Arapça bir kavram olan haram kelimesinden türetilmiş olup; bir bireye özgü, özel, diğer kişilere karşı gizli tutulması gereken bilgiler bütünü kapsamaktadır(Şen,2015). Bireyin kişilik hakları, diğer kişilerle iletişim özgürlüğü ve aynı zamanda özel hayata saygı kavramlarıyla ilişki içinde olan mahremiyeti, gizlilik, dokunulmazlık, sır alanı vb. gibi kişinin kendisine ait olan ve onamı alınmadan kendisi dışında kimse ile paylaşılmayan her şeyi kapsayan bir kavram olarak tanımlamak mümkündür(Arslan ve Demir,2017; Korkmaz,2013). Bir anlamda mahremiyetin bu yönü bireyin dokunulmazlığı şeklinde isimlendirilebilir(Diler,2014). Dolayısıyla mahremiyet, özgürlük, demokrasi, psikolojik refah, bireysellik ve yaratıcılık için gerekli olan temel bir haktır(Solove,2008).

Mahremiyet, bireyin diğer insanlar tarafından ne kadar tanındığı ve bilindiği, başkalarının fiziki şekilde bireye ne kadar ulaşabilir olduğu aynı zamanda bireyin diğer insanların ilgi ve dikkatinin ne kadar odağında olduğu konularıyla yakından ilişkili bir kavram olarak ele alınır(Yüksel,2009). Bu noktada mahremiyet kavramı özel hayatın gizliliği olarak tanımlanmaktadır. Temel olarak bireyin hayatının diğer kişiler tarafından öğrenilmesini ve ulaşılmasını istemediği, başkalarından gizlediği kısmı özel hayat olarak ele alınmaktadır(Can,2020). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi(AİHS)'nin 8. maddesinde, kişinin yalnızca kendine ait bu hayatını, özel hayatı, ailesi ile olan hayatı ve haberleşme özgürlüğü şeklinde ifade etmiştir. Anayasa'da bireylerin özel hayatı ile aile hayatının korunması ve kendi özel hayatına saygı duyulması hakkına sahip olduğu ayrıca bu söz konusu özel hayatın gizliliğine dokunulmaması gerektiği yer almaktadır(Hafizoğulları ve Özen,2009). Fakat yaşamın veya yaşama ilişkin bir veri bütününe her zaman gizlemek için ötekenden saklanmadığı, ötekinin istenmeyen yaklaşımlarından korunmak için de paylaşılmadığı dikkate alınırsa gizliliğin yalnızca mahremiyetin sağlanabilmesinin aracı olduğu açıkça fark edilmektedir(İzgi,2014).

2.1. Hasta Mahremiyeti

Hasta Hakları Yönetmeliği(HHY)'ne göre mahremiyet; hastaneye başvuran bireyin mevcut sağlık görünümü ile ilgili olan tüm tıbbi müdahaleler, süreçler ve değerlendirmelerin tamamen gizlilik esaslı devam ettirilmesi, tedavi aşamasında bir sorun teşkil etmediği sürece yakınının refakat etmesine izin verilmesi, direkt olarak ilgisi olmayan bireylerin ise tedavi ortamında olmaması olarak tanımlanmaktadır(Candan ve Bilgili,2018).

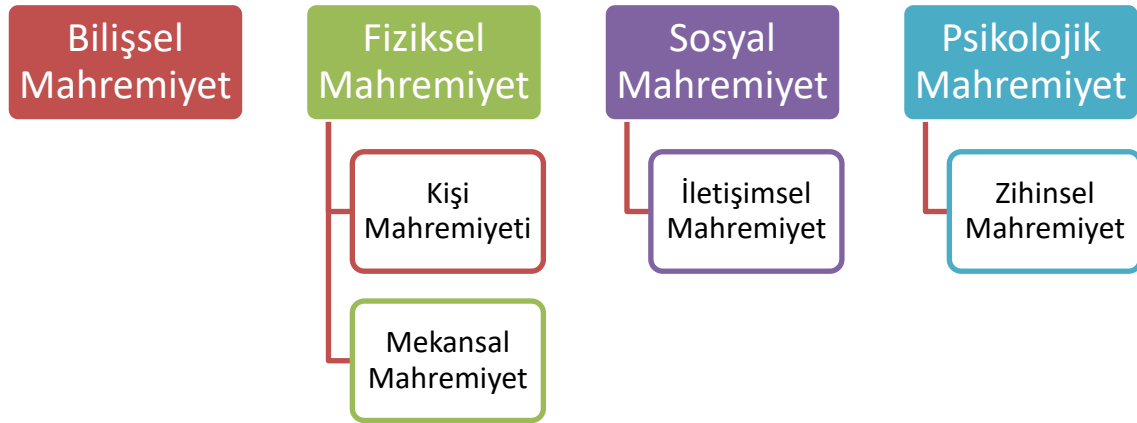
Sağlık çalışanları hastaların mahremiyetini en üst düzeyde korumakla sorumludur (Şenyürek,2017). Hipokrat Yemini'nin 17.maddesinde mahremiyet ile ilgili hastanın tedavi sırasında işitilen bilgilerin diğer kişiler tasavvurunda konuşulmaması gerektiği konusuna değinilmiştir(Altuner,2015). Bununla birlikte Hasta Hakları Yönetmeliğinin 21.maddesi mahremiyet ile ilgilidir ve ilgili maddede "*Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir...*" ifadeleri yer almaktadır(Dülger,2015).

Hastanın tedavi görmesi, yaşam hakkına bağlı olan sağlık hakkının bir gereğidir. Bu tedavideki mahremiyet, bireyin bedeninde uygulanan tedavi girişimleri ve bunların özel bilgilerini oluşturur(Şen,2015). Bireyin bakım ve tedavi için veya başka sebeple paylaşmak mecburiyetinde olduğu, fakat toplumdaki diğer bireylerden saklamak istediği bireysel yaşamı gibi özel alanlar hasta mahremiyeti konusu içinde değerlendirilebilir(Özer,2015). Kişi bir sağlık sorunu yaşadığı zaman, sağlık hizmetlerine erişim, tanı ve tedavi süreci esnasında kendisi ile ilgili verileri sağlık hizmet sunucularına güvenerek verir ve bu paylaşım esnasında bilgilerin gizli tutulacağına inanır(Şenyürek,2017). Gizlilik, hekim-hasta ilişkisi gibi belirli ilişkilerin karakteristik bir bilgi mahremiyeti biçimidir. Bu ilişki esnasında elde edilen kişisel bilgiler, hasta bilgilerin paylaşımı durumundan haberdar olmadıkça başkalarına ifşa edilmemelidir(Than Win,2005).

2.2.Mahremiyetin Boyutları

Mahremiyet kavramını 1890 yılında Amerikalı Yargıç Brandeis “yalnız bırakılma hakkı; hakların en kapsamlısı ve özgür insanlar tarafından en çok değer verileni” şeklinde tanımlamıştır. Zamanla mahremiyet kavramının bedensel-fiziksel mahremiyet, zihinsel-iletişimsel mahremiyet ve bilgi mahremiyeti şeklinde farklı boyutları oluşmaya başlamıştır(Dülger,2015). Sağlık alanında da mahremiyet; fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilgi boyutlarıyla ele alınabilmektedir(Bekmezci ve Özkan,2015). Clarke(2009) tarafından yapılan sınıflandırmaya göre ise mahremiyetin kişisel, kişisel iletişim, kişisel bilgi ve kişisel davranış mahremiyeti şeklinde 4 boyutu bulunmaktadır. Mahremiyet kavramı ve boyutları Sağlıkta Kalite Standartları(SKS)’nda ayrıntılı bir şekilde tanımlanmaktadır. SKS’ye göre mahremiyet bilişsel, fiziksel, sosyal ve psikolojik mahremiyet olarak 4 boyutta ele alınmaktadır.

Görüldüğü üzere literatürde mahremiyet kavramı üzerine yapılan çalışmalarda mahremiyetin ana ve alt boyutları ile ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Bu sınıflandırmaların bir bileşimi şekil 2.1’de gösterilmiştir(Akten,2017; Bekmezci ve Özkan,2015; Avaner,2018; Varol,2018).



Şekil 2.1: Mahremiyetin Ana ve Alt Boyutları

(Kaynak: SKS,2020; Akten,2017; Bekmezci ve Özkan,2015; Avaner,2018; Varol,2018’dan esinlenerek geliştirilmiştir.)

Bilişsel mahremiyet ile son zamanlarda devletlerin kişisel verileri ve kişisel sağlık verilerini işlediği elektronik ve internet gibi sanal ortamlarda mevcut olan verilerin mahremiyeti ele

alınır(Akar ve ark, 2019). Bilgi mahremiyeti veya bilişsel mahremiyet, hastaya ait olan bilgi mahiyetindeki dokümanların yetkisiz kişiler tarafından ulaştırılmasının engellenmesi şeklinde tanımlanabilmektedir(Şen,2015). Bilgi mahremiyeti kişisel verilerin işleme, toplanma, depolanma ve iletiminin yapılma süreçlerinin kontrol edilmesini gerektirir (Korkmaz,2013). Tıbbi müdahale sırasında hangi sağlık personellerinin bulunacağı beden mahremiyetinde önem taşıyan bir konudur. Hasta Hakları Yönetmeliği(HHY)’nin mahremiyete saygı hakkını ele aldığı md.21/d’ ye göre; “*Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını*” ifadesiyle beden mahremiyeti hususu açıkça belirtilmiştir(Kandilli, 2019). Mekânsal mahremiyet literatürde çoğu çalışmada bedensel-fiziksel mahremiyet ile birlikte kullanılmaktadır. Mekân mahremiyeti bireyin kendine özel olan olayları yaşadığı herhangi bir ortamın bireye özel olmasını gerektirir. İçinde yaşanan olaylar kadar, bu olayların yaşandığı mekân da önemli ve kişiye özeldir(İpek, 2020). Mekânsal mahremiyete hastanede her odanın kapısı olması ve poliklinik odalarındaki paravanlar örnek olarak düşünülebilir(Avaner, 2018). Bireyin beden mahremiyeti hakkının sonucu olarak; bireyin izinin bulunmadığı tıbbi ve medikal işlemlere tabi tutulmaması, gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra onam alınan ve bireyin talep ettiği işlemlere(bir sakınca bulunmadığı sürece) başlanması örnek verilebilir(Bekmezci ve Özkan, 2015). Psikolojik mahremiyet ise bilişsel ve bireyin duygusu ile ilgili aşamaların kontrol edilmesi, değerlere yön verilmesi ve birey olarak varlığını(kimliğini) sürdürmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Ayrıca bireyin oluşacak her bir durum ile ilgili kendi kararlarını vermesi şeklinde de ifade edilmektedir(Öztürk ve ark, 2014). Psikolojik mahremiyet türü sağlık hizmetlerinde en az mahremiyetin diğer boyutları kadar önemlidir. Herhangi bir sağlık kuruluşunda tedavi görmekte olan hastanın psikolojik mahremiyet hakkının ihlal edilmesi sonucu kişide diğer mahremiyet türleri kadar kolay ve kısa süreli ortaya çıkmamasına rağmen daha büyük izler taşıyan problemler oluşturmaktadır(Akten,2017).

3. KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN KORUNMASI VE DEPOLANMASI

3.1.Kişisel Veri

Kişisel kavramı Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre “kişiye ilişkin, kişi ile ilgili” şeklinde; veri kavramı ise “data, bilgi” şeklinde tanımlanmaktadır. Veri kavramı; gözlemlerin, oluşumların veya çeşitli durumların her türlü gösterimidir(Kılınç,2012). Kişisel veriden bahsedebilmek için, gerçek bir kişiye ait olan bir veri olmalı ve bu gerçek kişinin de bu veri ile nitelenebilir ve tanımlanabilir olması gerekmektedir(Kişisel verileri Koruma Kurumu,2018). Bir bilgiyi kişisel veri şeklinde tanımlayabilmek için, verinin, bireyin özel hayatına, iş hayatına veya kamuya açık hayatına yönelik olup olmaması arasında bir ayrım yoktur. Verinin türüne ilişkin yapılacak isimlendirme önem teşkil eden bir konu değildir. Bununla ilişkili olarak bilginin, gizli bir bilgi olması mecburi olmamakla birlikte bireyin kamusal hayatına ait, kendi tarafından paylaşılan açık bir bilgi de kişisel bir veridir(Kandilli,2019).

Bayındır(2019)’a göre kişisel veri; bireyin hem şahsi hem ailevi niteliklerini belirten, bireyi toplumdaki diğer kişilerden ayırıp özelliklerini tanımlamayı sağlayan her türlü bilgidir. Bu bağlamda, kişisel verileri kişisel nitelikte olmayan diğer verilerden ayırmak için esas olarak iki kriterin kullanıldığı söylenebilir. Buna göre, edinilen herhangi bir bilginin kişisel veri şeklinde tanımlanması için mevcut verinin bir bireyle ilişkilendirilmesi birinci kriter, o bireyin direkt olarak tanımlanması veya tanımlanabilir olması ise ikinci kriter olarak ele alınmaktadır. İsim, fotoğraf, Whatsapp, Facebook, Twitter, Instagram gibi sosyal medya iletileri, parmak izi, e-posta adresi, biyometrik ve tıbbi bilgiler bu kapsama girmektedir(Altundiş,2016). Sağlık hukukunda

kişisel veriler, paylaşım noktasında belirli kişilerin bulunduğu yalnızca seçilen kişilerle paylaşıldığı, paylaşılmaması gereken durumlarda hastanın makul bir nedeninin ve bu doğrultuda korunmaya değer bir faydanın olduğu bütün veri türleridir. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda kişisel veri kavramı "*Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi*" olarak tanımlanmıştır. (Dülger,2015).

3.2.Kişisel Sağlık Verisi

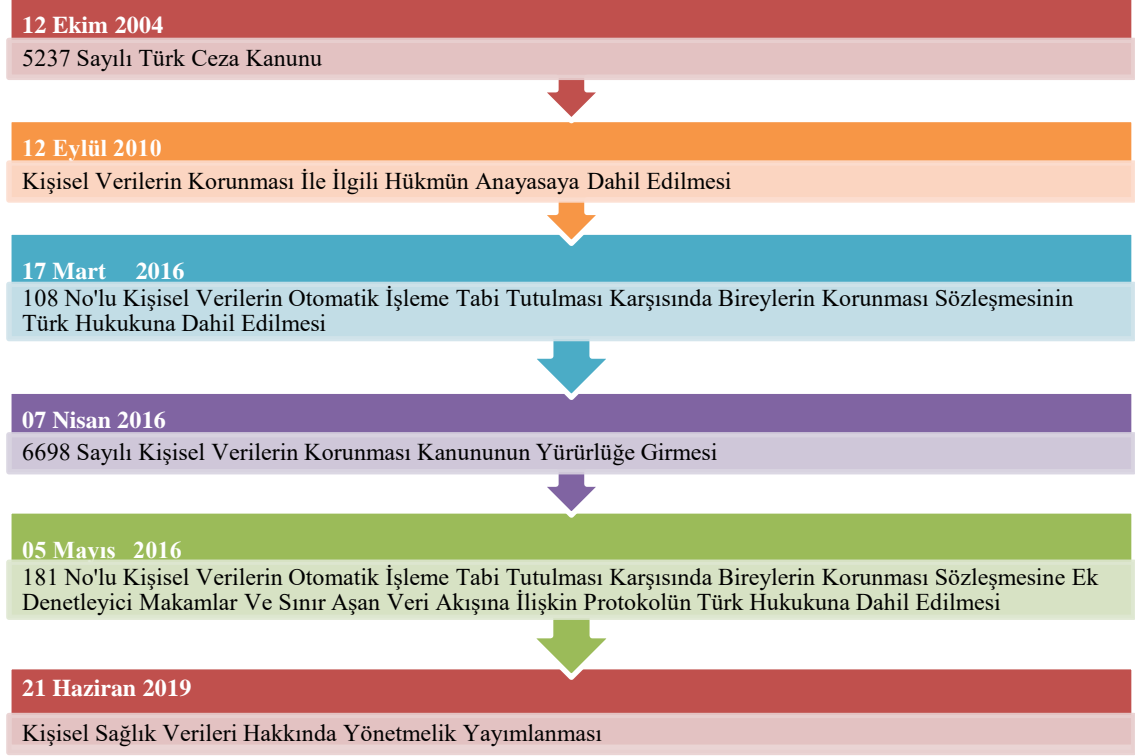
Kişisel sağlık verileri Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda özel nitelikli kişisel veriler olarak ele alınmıştır. İlgili Kanunun'un md.6/1'de özel nitelikli kişisel veriler "*kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri*" şeklinde belirtilmiştir(Bayındır,2019).

Kişisel sağlık verileri en net tanımıyla Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik md.4/1'de yer almıştır. Kişisel sağlık verisi söz konusu Yönetmelik'te, kişisel sağlık verilerinin fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili veriler, alınan sağlık hizmetleriyle ilgili oluşturulan bilgiler bütünü şeklinde ele alınmıştır. Bu doğrultuda aslında bireyin sağlık durumuyla alakalı açık ve yakın ilişkiye sahip olan bütün veriler, kişisel sağlık verisi olarak kabul edilmelidir(İmançlı,2019). Örneğin; kişinin geçirdiği hastalıklar, yapılan tahlil sonuçları, bireyin kullandığı ilaçlar gibi veriler kişisel sağlık verilerini oluşturmaktadır(Kişisel verileri Koruma Kurumu,2018).

Dünya Tabipler Birliği(DTB) kişisel sağlık verisini "Sağlık Veri Tabanları ile İlgili Etik Düşünceler Bildirgesi"nde, kişinin kimliğini oluşturan mental ve fiziksel sağlığı ile ilişkili olan kayıt altına alınan tüm bilgi şeklinde açıklamaktadır(Avaner,2018). Özetle; kişinin doğum anından başlayan ve ölüm ile sonuçlanan yaşamı boyunca tutulan ve sağlığı ile ilgili olan bütün verilere kişisel sağlık verileri denilmektedir(Olca ve Can,2014).

3.3. Kişisel Sağlık Verileri ile İlgili Türkiye'deki Düzenlemeler

Sağlık verisi ile ilgili ele geçirme, yanlış işleme, amaç dışı kullanım gibi olumsuz durumların varlığı nedeniyle ulusal bilgi güvenliği bakımından ciddi tehlike oluşturabilecek bu riskler için, uluslararası yönetmeliklerle ve kanunlarla uygulamaya geçirilen düzenlemeler göz önüne alınmalıdır(Olca ve Can,2014). Bu doğrultuda kişisel veriler ile ilgili yaptırıma sahip ilk düzenleme olan ve Avrupa Konseyi tarafından, hudut dışı veri akışı prensiplerinin belirlenmesi ve üyeliği bulunan bütün ülkelerde kişisel verilerin özdeş standartlarda korunması amacı ile düzenlenen 108 sayılı "Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması Sözleşmesi", 1981 yılı Ocak ayında imzaya açılmış ve Türkiye tarafından da imzalanmıştır(Altundiş,2016; Hatipoğlu,2019). İlgili Sözleşme, 29656 sayılı ve 17 Mart 2016 tarihinde iç hukuka eklenmiştir(Kişisel Verilerin Korunması Kanununa İlişkin Uygulama Rehberi,2018). Genel olarak bakılacak olursa kişisel verilerin korunması ile ilgili yapılan ulusal düzenlemeler Şekil 3.1'de yer almaktadır (Kişisel Verilerin Korunması Kanununa İlişkin Uygulama Rehberi, 2018):



Şekil 3.1: Ulusal Düzenlemeler

Kaynak: Kişisel Verilerin Korunması Kanununa İlişkin Uygulama Rehberi, 2018.

Türkiye Cumhuriyeti Devleti, kişisel verilerin korunmasına yönelik olarak kanun tasarısı hazırlığı ile 1989 yılında ilk çalışmasına başlamıştır. 2006 yılına kadar yapılan tasarı çalışmaları devam etmiş ve 2008'de Türkiye Büyük Millet Meclisi(TBMM)'ne gönderilmiş ancak yasalaşma aşamasına geçmeden geçersiz sayılmıştır. Kamu kurumlarının kullandığı bilgi iletişim teknolojileri doğrultusunda oluşabilecek mahremiyet ihlallerini konu edinen en kapsamlı yasalara bağlı düzenleme olarak bu tasarımı söylemek mümkündür (Tataroğlu,2009). 2012 yılında tasarı başbakanlığa tekrar gönderilmiş ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 7 Nisan 2016 tarihinde yayımlanmıştır(Çetin,2014; Dülger,2019).

6698 sayılı Kanun'un yayımlanmasından birkaç ay sonra 20 Ekim 2016'da "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik" yayımlanmıştır. Bu yönetmelik yayımlandığında 6698 sayılı Kanun'un yeni yasalaşmış olması, henüz fazla bilgi birikimi oluşturulmamış ve konuyla ilgili çalışma yapan yetkili bireylerin görüşleri alınmamış olması sebebiyle mevzuata uygun olarak düzenlenmediği esasıyla eleştirilere konu olmuştur(Dülger,2019). Açılan davalar sonucunda Danıştay kararı ile Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik'in yürütmesi 6 Temmuz 2017 tarihinde durdurulmuştur(<https://www.lexpera.com.tr/mevzuat/yonetmelikler/kisisel-saglik-verilerinin-islenmesi-ve-mahremiyetinin-saglanması-hakkında-yonetmelik> Erişim Tarihi:18.05.2020). 24 Kasım 2017 tarihinde yapılan eleştiriler ve eksiklikler göz önüne alınarak 30250 sayılı Resmi Gazete'de Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır(Dülger,2015). Yapılan değişiklikler önceki yönetmeliğe nazaran Kanun'a uygun olarak ve eleştiriler göz önüne alınarak yapılmış olsa da yürütmesi daha önceden durdurulmuş

olan yönetmelik üzerinde değişiklik yapılamayacağı ve yürütmesi durdurulmuş olan yönetmeliği tekrar yürürlüğe koyma amacı taşıdığı için hukuka aykırı olduğu ifade edilerek söz konusu Yönetmelik, Türk Diş Hekimleri Birliği ve Türk Tabipleri Birliği tarafından yargıya taşınmıştır(Dülger,2019; İmançlı,2019). 9 Ekim 2018 tarihinde söz konusu Yönetmelik hakkında yürütmenin durdurulması kararı alınmıştır. Son olarak 21 Haziran 2019 tarihinde 30808 sayılı Resmî Gazete’de Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik yayımlanmış ve önceki Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır(Dülger,2019).

4.MAHREMİYET AÇISINDAN KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN KORUNMASI VE DEPOLANMASI

Hastanın durumunun kronolojik takibi, hastaya daha iyi bir sağlık hizmeti verebilme, hekimin yükümlülüğü ve sorumlğunun sınırlarını belirleme, işlemlerin hızlı ve pratik olması gibi yararlı sebepler tıbbi kayıtların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Diğer yandan bu kadar çok verinin fiziki arşiv veya elektronik ortam gibi belli yerlerde kaydedilmesi, bireylerin verilerinin, güvenlik ve mahremiyet sorununu doğurmaktadır(Kandilli,2019). Bu çerçevede kişisel verilerin güvenli bir şekilde korunması ve depolanması zorunlu hale gelmiş ve bireylerin, özel hayatının gizliliğini sağlayabilmek için üçüncü kişilerin eline geçmesinde sakınca bulunan verilerinin hukuken korunmasını gerekli kılmıştır(Ağıralan,2015; Hatipoğlu,2019). Bu nedenle, kişisel verilerin korunma ve depolanma yöntemlerine ilişkin bir harita belirlenirken bilginin paylaşımı ve depolanması arasında, bilgiyi ileten kişi ve bu bilginin paylaşımı sonucunda toplumda oluşturacağı faydayı maksimum düzeyde tutacak bir dengeyi göz önüne almak gerekmektedir(Derinözlü,2017).

Sağlık hizmeti gibi güven değerinin esas olduğu alanlarda verilerin güvenliğinin sağlanması, hakkın elde edilebilmesi bakımından önemlidir. Uluslararası tüm belgelerde önemi dolayısıyla veri güvenliğinin sağlanmasına vurgu yapılmaktadır(İzgi,2014). Örneğin Amsterdam Bildirgesi’nin 4.maddesinde hastanın tüm tedavi süreçlerinde vermiş olduğu bilgilerin yalnızca yaşarken değil ölümden sonra bile korunması gerekliliği ve hastanın izni olmadan diğer kişilerle paylaşılması gerektiği ele alınmıştır(Dülger,2019). Kişisel verilerin korunması konusu; mahremiyet, özel hayatın gizliliği ve korunması kavramları ile doğrudan ilişki içerisindedir. Mahremiyet kavramının bir görünümü olan özel hayatın gizliliği, bir hak olarak görülmektedir. Özel yaşamın gizliliği, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 12.maddesinde ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 20.maddesinde korunmaya değer bir hak olarak yer almakta ve bu başlıkta ele alınan kişisel verilerin korunması konusu mahremiyetin sağlanması ile yakından ilişki içerisinde bulunmaktadır(Dülger,2015; Erdinç,2017).

Kişisel verilerin tanımının da içerdiği üzere bireyi direkt olarak tanımlayabilen veriler olması dolayısıyla bireyler bu bilgilerin korunmasını açıkça talep edebilir ayrıca mahremiyet ihlali sonucunda hukuksal süreçlere başvurabilmektedir. Son yıllarda bazı kişisel verilerin paylaşılması veya kişisel verilerin korunması konusunda hassasiyet düzeyi artmıştır. Günümüzde kişisel verilerin korunması veya verilerin üçüncü kişilerle paylaşılması konusunda hem mahkemeler hem idari kuruluşlar birçok talep almaya başlamıştır(Altundiş,2016). Yapılan herhangi bir kişisel veri ihlali sonucunda Kişisel Verileri Koruma Kanunu’nda yer alan koruma mekanizması idari ve cezai yaptırım, tazminat şeklindedir. Tazminat hakkı ilgili yasanın md.11/ğ ve 14/3’ te belirtilmiştir. İdari yaptırım cezası kanununun 18. maddesi Kabahatler başlığında düzenlenmiştir. Cezai yaptırım ise 17. maddesinde, Türk Ceza Kanunu(TCK)’nun ilgili maddelerine atıfla hüküm altına alınmıştır(Kandilli,2019).

Avrupa Birliği(AB) Tüzüğü'nün 23.maddesinde veri sorumlusu kavramı tanımlanmış ve bu tanıma göre veri sorumlusu; kişisel verilerin korunmasına ilişkin belirlenen ilkelerin uygulanabilmesi için gereken, organizasyonel ve teknik tedbirleri almak mecburiyetinde olan kişidir(Çekin,2016). Veri sorumlusu kavramı Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik(2019)'te, mevcut kişisel verilerin işlenmesi ve verileri kaydetmek için bir sistem oluşturup bu sistemin yönetilmesinden sorumlu kişi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca veri sorumlusu, sağlık verilerini işleme operasyonunun “nasıl” ve “neden” yapılması gerektiğini açıklayan kişidir(Kişisel Verileri Koruma Kurumu,2018). Sorumlu, kayıtlı verilerin bir araştırmada kullanılması gerektiği zaman verilerin anonimleştirilmiş bir sürümünü, veri analistleri için yararlı olan ve veri tabanındaki bireylerin gizliliğini koruyan bir sürümünü yayınlamalıdır(Dankar,2012). Anonimleştirme süreçleri, özel alan gizliliğinin ve kişisel verilerin korunması konusunda, mevzuatlar gözetiminde güvenilir süreçlerden biri olarak nitelendirilmekte ve hem kamu hem de özel sektör kuruluşları bu süreçlerle veri paylaşımına teşvik edilmektedir(Gözüküçük,2014). Anonimleştirme aşamasında veri sorumlusu ilk olarak, isim, soy isim ve sosyal güvenlik numaraları gibi kişisel tanımlayıcıları silmekte, ikinci olarak ise belirli bir bağlamda tanımlayıcılar gibi görünen dolaylı yoldan kişiyi tanımlayabilen diğer bilgi kategorilerini değiştirmektedir. Anonimleşen verileri analistler bu haliyle de yararlı bulmaktadır. Aynı zamanda kötü niyetli pazarlamacıların ve kimlik hırsızlarının, veriler doğrultusunda gözetlenen bireylerin bilgilerini tanımlaması imkânsız hale gelmektedir. Dolayısıyla anonimleştirme bu aşamalar sayesinde gizliliği sağlamaktadır(Ohm,2009).

Kişisel verilerin çoğu günümüzde teknolojik araçlarla otomatik olarak işlenmektedir. Hatta fiziki arşivlerde bulunan ve otomatik olmayan yollarla işlenmiş veriler otomatik ortamlara aktarılmaktadır. Dolayısıyla, “tamamen veya kısmen otomatik yollarla işlenen” ve “veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla işlenen” veriler 6698 sayılı Kanun kapsamında korunmaktadır(Kişisel Verilerin Korunması Kanununa İlişkin Uygulama Rehberi,2018). Elektronik sistemlerin sağlık hizmetlerinde kullanılması ile birlikte sağlık verilerinin korunması gündemden güne daha önemli hale gelmiştir. Bu doğrultuda 6 Temmuz 2019 tarihinde *verilerin güvenliği ve risklerin azaltılması amacıyla 2019/12 Sayılı Bilgi Güvenliği Tedbirleri Cumhurbaşkanlığı Genelgesi* yayımlanmıştır(T.C. Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi,2019).

Kişisel sağlık verilerinin korunma ve depolanma zorunluluğu yalnızca kamu ve üniversite hastaneleri için geçerli olmayıp özel hastaneleri de kapsamaktadır. Bu doğrultuda Özel Hastaneler Yönetmeliği md.49/4'te özel hastanelerin 6698 sayılı Kanun'a göre işlediği ve kayıt altına aldığı verileri Bakanlığın belirlediği standartlara göre veri sistemine göndermesi zorunluluğu ele alınmıştır. Kısacası bu hüküm ile özel hastanelerin Sağlık Bakanlığına veri gönderme zorunluluğu ve sağlık verilerinin 6689 sayılı Kanuna uygun olarak işlenmesi gerektiği vurgulanmıştır(Yüksel,2019). Ayrıca bireylerin ve sağlık hizmet sunucularının kişisel sağlık kayıtlarına ulaşımı Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ilke ve esaslara göre düzenlenmekte ve erişim geçmiş kayıtlarına alınmaktadır(Nalbantoğlu,2018). Bu sayede ulaşan bireylerin kullandıkları amaç ve veri seti denetlenebilmekte herhangi bir bilgi sızıntısında sorumlu kişiler tespit edilebilmektedir. Özel sağlık kurumları tarafından SGK(Sosyal Güvenlik Kurumu)'ya Medula aracılığıyla kişisel sağlık verilerinin gönderilmesinde yurt içindeki üçüncü kişiye gönderme söz konusudur. KVKK md.8/b.1 uyarınca ilgili kişinin açık rızası bulunuyorsa, özel sağlık kurumları tarafından SGK'ya Medula aracılığıyla kişisel sağlık verilerinin

gönderilebileceği gibi KVKK md.8/b.2-b veya md.8/b.3 uyarınca da açık rıza aranmaksızın da aktarma gerçekleştirilebilir(Bayındır,2019).

4.1. Elektronik Sağlık Kayıtları ve E-Nabız

Tıbbi kayıtlar gerek sanal olarak elektronik ortamda, gerek fiziki olarak arşivde saklanmaktadır(Bezirgan Gözmener, 2019). Elektronik sağlık kaydı, ilgili verilere sadece konu ile ilgili yetkili kişilerin erişimine izin verdiği için kişisel sağlık verilerinin mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanması noktasında önem arz etmektedir(Altundiş,2016). Günümüzde elektronik sağlık kaydı denildiğinde akla ilk olarak sağlık bilgi sistemleri(yardımcı olarak medula, sağlık-net, e-reçete) ve e-nabız sistemi gelmektedir. Sağlık bilgi sistemleri, verileri işleyen ve sağlık ortamlarında bilgi ve bilgi akışını sağlayan, yönetsel açıdan karar vericilerin ihtiyaçlarını karşılayan ve her sistem gibi birbiriyle ilişkili parçalardan oluşan bir sistem olarak tanımlanmaktadır(Sur ve Palteki, 2013; Almunawar ve Anshari, 2012).

Kişilerin geçmişten günümüze ve günümüzden geleceğe tüm sağlık verilerinin ve hastalık öykülerinin bilgi teknolojileri kullanılarak işlenmesi, kaydedilmesi ve sınıflandırılması sonucunda oluşturulan tüm veriler Elektronik Sağlık Kaydı(ESK) olarak adlandırılmaktadır(Karakethüdaoğlu, 2019). ESK, kişilere ait sağlık veya hastalık öyküsünün tanı, tedavi ve bakım sonuçlarını içeren belgelerin kayıt altına alındığı bir sistemdir(Ay,2008). Bu sistem sayesinde herhangi bir araştırma ve denetim durumunda depolanan kayıtları geri çağırmak mümkündür(Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane, 2020).

Kişisel sağlık kayıtlarının elektronik ortamlarda tutulması kapsamında günümüzde, Google Health ve Microsoft HealthVault gibi sistemler geliştirilmiş ve bu alanlara ciddi yatırımlar yapılmıştır(İnal ve Ercil Cagiltay, 2019). Gökay ve Ark(2015) “Kişisel Sağlık Kaydı Sistemleri Kullanılabilirlik Durum Çalışması“ isimli çalışmada Microsoft HealthVault sisteminin ülkemizde uygulanabilirliğini araştırmışlardır. Çalışmaya 40 yaşın üzerinde 13 kişi katılmıştır ve bu kişilere belirli görevler verilmiştir. Çalışmanın sonucunda bireylerin çoğunun(%88 üzeri) görevleri başarı ile yerine getirdiği fakat memnuniyet düzeylerinin yeteri kadar yüksek olmadığı tespit edilmiştir. Memnuniyetsizlik sebepleri ise sistemin kullanım açısından karmaşık olması olarak belirtilmiştir. Bu çalışmadan da yola çıkarak elektronik sağlık kayıt sistemlerinin; bireylerin teknolojiyi kullanma ve algılama düzeyleri göz önüne alınarak geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır. Ülkemizde bu tip bir uygulama olan kişisel sağlık kaydı olarak e-nabız sistemi kullanılmaktadır.

E-nabız, sağlık kurumlarında işlenen ve elde edilen sağlık verilerine hem bireylerin hem sağlık profesyonellerinin internet ve mobil cihazlar üzerinden istenildiği anda ulaşabilecekleri bir uygulamadır (Demir,2017). Aynı zamanda e-Nabız uygulaması ile bireyler kullandıkları akıllı cihazlardan aldıkları şeker, tansiyon gibi ölçüm verileriyle adım sayısı ve nabız gibi verileri sağlık profillerine aktarabilmekte ve bu bilgileri karşılaştırmalı olarak görüntüleyebilmektedirler(İleri ve Uludağ, 2017).

Hekimlerin, sağlık hizmet sunucularının hastaya ait teşhis, tanı ve tedavi süreçlerinde kayıt altına alınan görüntüleme, tahlil, laboratuvar sonuçlarını girmesi ile e-nabızdaki kişisel veriler oluşmaktadır(E-Nabız Kılavuzu, 2018). Tüm bu tanı, teşhis ve tedavi sürecinde elde edilen bilgilerin tek bir ortamda depolanması bireylerin bilgilerinin güvende olup olmadığı sorusunu sormalarına sebep olmaktadır. E-nabız sisteminde bulunan kişisel sağlık bilgileri yalnızca, sistem sahibi kişinin “Paylaş” butonunu aktifleştirerek erişime izin verdiği kullanıcılar tarafından

görülmektedir (E-Nabız Kılavuzu, 2018). Paylaşım yetkisini veren kişilere ait sağlık öyküsüne kolaylıkla ulaşabilen sağlık hizmet sunucuları hastalardan kısa süreler içerisinde tekrardan tahlil, tıbbî görüntü veya tetkik istememektedir. Bu doğrultuda hem tetkik için bir kez daha vakit zayıyatı yaşanması engellenmekte hem kişilerin iktisadi çıkarları korunmakta hem de radyasyona maruz kalma oranları azalmaktadır (Yeşiltaş,2018). Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğe göre ise bu uygulamada hesabı olan bireylerin gizlilik koşulları ile bilgilendirmeler yapıldığı ve kendi rızaları sonucu erişim izni verdikleri için oluşabilecek zararlardan Bakanlık sorumlu tutulmamaktadır (Ergüden,2019). Dolayısıyla birey paylaş yetkisini verdiği durumda oluşan kişisel verilerin mahremiyeti ihlali doğrultusunda Kanun yetkiyi veren bireyi sorumlu tutmaktadır.

4.2. Büyük Veri (Big Data) ve Bulut Bilişim

Sağlıktaki büyük veriler, sağlık hizmeti sağlayıcılarının mevcut araçları işlemesi ve yorumlaması için çok büyük, çok hızlı ve çok karmaşık anlamlı veri kümeleriyle ilgilidir(Andreu-Perez ve ark,2015).

Tablo 3.1: Yıllara Göre Toplam Hastane Sayısı

Yıllar	Türkiye Geneli	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer
2014	1528	866	69	556	37
2015	1533	865	70	562	36
2016	1510	876	69	562	3
2017	1518	879	68	569	2
2018	1534	889	68	575	2

(Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2020.)

Tablo 3.1’de 2014-2018 yılları arasında Türkiye’de mevcut hastane sayıları verilmiştir. 04/03/2020 tarihinde güncellenen Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan Hastane Sayılarının İllere Göre Dağılımı İstatistiği’ne göre Türkiye’de mevcut hastane sayısı 2018 yılında 2017 yılına göre 16 artış göstererek 1534 olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından 2018’de yayımlanan Sağlık İstatistik Yıllığı’na göre ise bireylerin 2018 yılı içerisinde bu mevcut hastanelere ve hekime toplam müracaat sayısı 782.515.204’tür. Bu rakamların yalnızca başvuru sayısı olduğu ve yapılan tetkikler, tahliller, hastaneye yatan birey sayısı gibi verileri kapsamadığı da göz önüne alınırsa geniş hacimli kişisel sağlık verilerinden söz etmek mümkündür. Söz konusu bu kişisel sağlık verilerinin tek bir sistem altında toplanması büyük veri kavramını oluşturmaktadır.

Büyük veri, tanımı itibariyle yalnızca “*diskte çok fazla yer kaplayan veri*” olarak değil, aynı zamanda geleneksel araçlar ve yöntemlerle işlenemeyen veri olarak da ele alınmaktadır(Karaca,2015). Yani büyük verilerin söz konusu olduğu durumda, hızlı veri birikimi için yüksek hacim, çeşitlilik ve potansiyelden ayrıca veri kalıplarının keşfi ve iletişimi olan analitikten bahsedilmektedir (Bates ve ark,2014). Büyük veri teknolojilerinin kullanımı sonucunda, farklı kaynaklardan gelen tek başına önemli olmayan veriler birleştirilip paylaşılmamış kişisel verilere erişilebilmektedir (Derinözlü,2017). Büyük veri teknolojileri devletler açısından kamu hizmetlerini geliştirmede, suç ile mücadelede ve terör faaliyetlerinin takibinde fayda sağlamaktadır (Derinözlü,2017).

Fiziki olarak depolanması ve korunması gün geçtikçe zorlaşan bu büyük verilerin iletişimi ve aktarımını kolaylaştırmak, depolanmasını sağlamak için sağlık alanında bulut bilişim teknolojileri kullanılmaya başlanmıştır. Bulut bilişim; sigorta şirketleri, hastaneler, tıbbi uygulamalar ve araştırma tesisleri için başlangıç maliyetleri düşük olan gelişmiş bilgi işlem kaynaklarına erişilmesini sağlar. Bunun yanı sıra bulut bilişim sistemleri, sağlıkta kullanılan bilgi sistemlerinin daha yenilikçi ve modern olması konusundaki engelleri de azaltmaktadır (Bayın ve ark, 2016). Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen SBNet Sağlıkta Bilişim Ağı, bulut bilişim oluşturmak için en önemli adımdır. İnternet aracılığıyla paylaşılan bilgiler şifrelenmeden gönderildiği için siber saldırılara açıktır. Yeni gelişmeler ışığında sağlık şirketlerinde güvenli bilgi teknolojileri günümüzde çok daha fazla etkinlik kazanmıştır. (Marşap ve ark,2010). Bu doğrultuda Sağlık Bilişim ağı güvenli bilişim teknolojilerinin başında gelmektedir. Çünkü Sağlık Özel Ağı internete kapalı olarak faaliyet göstermekte ve oluşabilecek bilgi güvenliği tehditlerinin %81'i ile hiç karşılaşmamaktadır (Bağ S,2018).

4.3. VEM- SBYS Minimum Veri Modeli

Hastanelerde bilgi teknolojilerinin kullanılması sonucunda tartışmasız en önemli veri tabanı hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS) olmuştur. HBYS, klinik yönetimi, hasta bakımı, finansman, kurumsal performans ölçümü ve araştırmanın sorunsuz devam etmesi için gereklidir (Yılmaz ve Demirkan,2012). 4735 sayılı Kamu İhaleleri Sözleşmeleri Kanunu'na göre HBYS firmaları ve hastaneler arasında bir sözleşme imzalanmakta ve bu sözleşmenin süresi bittiğinde hastaneler farklı HBYS firması ile çalışmasını sürdürebilmektedir. Bu durumda hastanenin anlaştığı yeni HBYS firmasının bir önceki firmadan hastaneye ait kayıtlı tüm verileri alması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2015). Veri aktarımının en az sürede ve hatasız şekilde gerçekleştirilmesi, kayıtlı olan sağlık verilerinin arşiv sorumluluğu doğrultusunda güvenlik ve geçmiş kayıtlara istenildiğinde erişim açısından büyük önem taşımaktadır (Ülgü ve Arkadaşları,2018).

Veri aktarımı gerçekleştirilirken herhangi bir veri kaybının olmaması ve doğru şekilde aktarılması sağlık kayıtlarının güvenilirliği bakımından önem arz etmektedir. Fakat Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri'nin düzgün ve doğru şekilde tasarlanmış olmalarının bile bu veri aktarımı sürecinde sağlık kayıtlarında kayıpların oluşmasını engelleyemediği ve bu aktarım işleminin uzun zaman aldığı bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2020). Bu kayıpların en aza indirilmesi hatta hiç olmaması amacıyla SBYS Minimum Veri Modeli (VEM) geliştirilmiştir. VEM, sağlık işletmelerinde işlenen, korunması ve depolanması gereken verilerden oluşmaktadır. Yayımlanan ilk sürümü sonrasında eksiklikler noktasında getirilen eleştirilere uygun olarak VEM (V:1.2) yayımlanmıştır (Ülgü ve Arkadaşları,2018). VEM modelinin en güncel ve şu an kullanılmakta olan sürümü 2.0'dır.

4.4. Örnekler ile Türkiye'de Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması ve Depolanması

Yasaların büyük çoğunluğu mahremiyetle ilgili olsa da şimdiye kadar gizlilik sorunlarının çözümünde çok sayıda başarısızlık ve zorluk yaşanmıştır (Solove,2008).

Akgül (2013) kişisel sağlık verileri ile ilgili Danıştay kararlarını incelemiştir. Örneklerin birinde doğumsal kalça çıkıklığı teşhisi konulan ve ameliyat sırasında oluşan deformasyon sonucunda idare mahkemesine açılan davada Adli Tıp Kurumu'nun raporu da göz önüne alınarak herhangi bir hizmet eksikliği veya kusuru bulunmadığı sonucuna varılarak dava reddedilmiştir. Fakat daha sonra Danıştay, verilen raporda bireye ait röntgen görüntülerinin hasta dosyasında bulunmadığı

ve bu yapılan müdahalenin sorgulanmasına yol açan istatistik ve grafiklerin depolanmamasının da bir hizmet kusuru olarak görülmesi üzerine manevi tazminat ödenmesi gerektiği gerekçesi ile bu kararı bozmuştur. Bu örnek doğrultusunda kişisel sağlık verilerinin yalnızca bireyin bilgi alma hakkı çerçevesinde değil gerekli durumlarda üçüncü şahıslarla ve mahkeme dosyasına eklenme suretiyle paylaşılması gerektiği için de korunması ve depolanması gerekmekte olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.

Firmalar rekabet piyasasında üstün olma, daha fazla kâr elde etme gibi sebeplerle kişisel verilere ulaşma isteği ile yasal olmayan birçok yola başvurmaktadır. Bu durum, birçok zarara neden olabilir: gizlilik ihlali, kişisel ve profesyonel zarar, işgücü piyasalarına sınırlı erişim, en iyi değer fiyatlandırmasına kısıtlı erişim vb. (Chaudhry ve ark,2015). Kişisel sağlık verileri söz konusu olduğu zaman en yüksek rekabet içerisinde olan paydaşlardan biri ilaç firmalarıdır. 2017 yılında CNN TÜRK tarafından yapılan bir haberde yabancı ilaç firmalarının yasak olmasına rağmen hastalara ait bilgileri almadan ilaç vermedikleri öne sürülmüştür. İlgili haber Kişisel Sağlık Verileri Çalışma Grubu tarafından da ele alınmış ve ilgili yazıda *“İddiaya göre firmaların amacı kendilerine bir hasta veri tabanı oluşturmak. Çünkü bazı ilaçların fiyatı çok yüksek. Hasta bilgilerine ulaşan firma hem Türkiye'deki hastalara uygun ilaç seçimini yapıyor hem de o ilacı satacak hedef kitleye doğrudan ulaşabiliyor”* şeklinde aslında kişisel sağlık verilerinin korunması noktasındaki hayati önemi belirtmiştir.

Veri güvenliğinin sağlanması, veri işleyen bireylere birçok yetki ve sorumluluk getirmiştir. Bu sorumlulukların en önemlisi tartışmasız kişisel verilerin yetkisiz bireylerin eline geçmesinin engellenmesi ve bu doğrultuda tedbirlerin alınmasıdır. Buna ilişkin tedbirlerin özelliği kişisel verinin işleme amaçları ve kişisel verilerin türü ile doğrudan ilişkilidir (Ketizmen ve Ülküder, 2007). Özcan (2018) tarafından yapılan “Sigorta Hukuku Bağlamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması” adlı çalışmada kişisel sağlık verilerinin açıklanması yani korunmaması ile ilgili Danıştay kararı incelenmiştir. İlgili olayda davacıya AIDS teşhisi konulmuş fakat henüz teşhis gerçekleştirilmeden basına yansımıştır. Basına yansımaları sonucu işten çıkarılan birey maddi ve manevi zararın tazmini istemiyle dava açmıştır. İdare Mahkemesince; davalı idarenin sağlık verilerini korumama gibi bir hizmet kusuru bulunduğu dolayısıyla davacının bu olay neticesiyle işini kaybetmesi sonucu oluşan maddi zararın ve sonucunda bireyin duyduğu üzüntü sebebiyle uğradığı manevi zararın tazmininin gerekliliğine karar verilmiş ve bu karar Danıştay tarafından da onaylanmıştır. Bu olayda bireyin hem verilerinin sağlık kayıtlarına uygun olarak işlenmeden ve onamı alınmadan 3.kişilerle paylaşılarak mahremiyeti ihlal edilmiş hem de idare tarafından kişisel sağlık verilerinin korunması konusunda büyük açık oluşturmuştur.

Küzeci(2015)'den alıntılanan örnekte; hasta HIV olabilme düşüncesiyle korku ve endişe içerisinde hastaneye başvurmuş, test yaptırmış ve bir süre sonra test sonuçlarını almak için gittiğinde doktorunu bulamamıştır. Bunun üzerine laboranttan test sonuçlarını isteyince HIV pozitif olduğu söyleniyor ve daha sonrasında birey bunun ağırlığını kaldıramayıp intihar ediyor fakat daha sonra anlaşılıyor ki henüz test yapılmamış yapılan test sonucu gerçekte negatif çıkıyor. Bu örnekte baskın olan kısım bilgilerin korunması kısmında o bilgilere kimlerin erişmesi gerektiği ile ilgilidir. Veriler işlendikten ve veri tabanlarına aktarıldıktan sonra bir mahremiyet türü olan bilişsel mahremiyet kavramının daha da önemli olduğu görülmektedir. Aksi takdirde en ufak bir mahremiyet ihlali can kaybı, psikolojik sorunlar doğurabilmektedir.

Aslında kişisel sağlık verilerinin korunmadığını gösteren en net örnek Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK)'nun kişisel sağlık verilerini satış konusu etmesi ile ilgili davanın sonuçlanmasıdır.

Dülger(2019) tarafından Sgk'nın Kişisel Sağlık Verilerini Satış Konusu Haline Getirmiş Olmasına İlişkin Mahkeme Kararının Kesinleşmesi Üzerine: Kişisel Sağlık Verileri Satılabilir Mi? isimli çalışmada söz konusu olay incelenmiştir. CHP milletvekili Ö.Ö.'nün iddialarına göre SGK, bireylerin kişisel sağlık verilerini eski bir milletvekiline ait olan Datamed isimli bir şirkete satmıştır. Datamed isimli şirketin sahibi B.İ. isminin karalandığı yönünde tazminat davası açmış ve dava Ö.Ö. lehine sonuçlanmış. İlk derece mahkemesi ve Yargıtay'ın kararıyla da Ö.Ö.'nün iddiaları doğrulanmıştır. Kişisel verilerin korunması ve depolanması konusunda mahremiyet ihlalinin tüm kişisel sağlık verilerini elinde bulunduran ve devlete ait bir kurum tarafından gerçekleştirilmesi oldukça vahim ve irdelenmesi gereken bir konudur.

5. SONUÇ

Kişisel verilerin korunması ve depolanması konusunda etik ve mahremiyet ihlali belki de en çok sağlık alanında ortaya çıkmaktadır. Mahremiyet, kişisel sağlık verileri açısından bireyin sağlık hizmeti almak için hastaneye başvurduğu andan itibaren korunması gereken bir hak olarak değerlendirilmektedir (Candan ve Bilgili,2018). Bu süreçte herhangi bir mahremiyet ihlali olma ihtimali sağlık hizmetini sunan tüm paydaşların ahlaki ilkelere uymalarını zorunlu hale getirmektedir. Ancak bu kişisel sağlık verilerinin korunması hususunda yalnızca sağlık hizmetini sunan kişiler değil devlet de büyük paya sahiptir. Hizmetin sunum sürecinde mahremiyetin sağlanmasının hekimin sorumluluğunda olduğu gibi hizmet sonrasında verilerin güvenli şekilde korunması için gerekli önlemleri almak da devletin sorumluluğundadır (Derinözlü,2017).

Kişisel verilerin korunması konusunda bireyin mahremiyetinin zaman içerisinde kişisel verilere erişimin kolaylaşması ile gerek ulusal gerekse uluslararası düzenlemelere konu olduğu görülmektedir. Anayasa'nın 20.maddesi de özel hayatın gizliliği ve kişisel veriler ile ilgilidir. Ayrıca 2016 yılında Kişisel Verileri Koruma Kanunu çıkarılmış, 2019 yılında da Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması Hakkında Yönetmelik yayınlanmıştır. Uluslararası düzenlemelerde ilk adım 108 Sayılı sözleşme ile atılmış olup Türkiye'nin de imzaladığı bu sözleşme ülkelerin kişisel sağlık verileri koruması ile ilgili kapsamlı düzenlemeler içermektedir.

Gittikçe artan teknolojik gelişmeler ile kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması hususu daha çok önem kazanmaktadır. Teknolojik ilerlemeleri durdurmak neredeyse olanaksız olduğu için her alanda bu ilerlemelere adapte olunması gerekmektedir. Türkiye'de 2003 yılında gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin bileşenlerinden biri olan Sağlıkta e-Dönüşüm: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi kapsamında kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, iletilmesi, depolanması ve korunması amacıyla birçok uygulama geliştirilmiştir. Bu uygulamalardan olan elektronik sağlık kayıtları ve e-nabız kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması anlamında dikkat çekmektedir. ESK doğrultusunda bireylerin de kendi verilerine erişebilecekleri; tansiyon, şeker, nabız gibi ölçümleri ekleyebilecekleri; kişisel sağlık verilerini izin verdikleri kişilerle paylaşabilecekleri e-nabız sistemi oluşturulmuştur. Bu sistemin en önemli özelliği bireylerin kendilerine ait kimlik numarası ve şifreleri ile girerek yalnızca kendilerine ait olmasıdır. Ayrıca uygulamadaki bilgiler kriptolu olarak şifreli korumaya sahiptir (İleri ve Uludağ,2017). Her ne kadar şifreli olması ve izin verilen kişilerin erişmesinin sağlanması gibi mahremiyet önlemleri alınsa da tüm kişisel verilerin bu alanda depolanması hem günümüz hem gelecek için en ufak güvenlik açığında kişisel verilerin üçüncü kişilerin eline geçmesi konusunda endişe oluşturmaktadır. Dolayısıyla bireylerin bu tür uygulamaları kullanma noktasındaki tutumları da olumsuz olmaktadır.

Sağlık alanındaki teknolojik ilerlemelerde e-sağlık sistemlerinin yer alması kişisel veri kayıtlarını elektronik ortama taşımıştır. Yeni oluşan veri setlerinin yanı sıra artık sağlık kuruluşları daha önceden fiziki arşivlerinde depolanan verileri de elektronik ortama geçirmeye başlamıştır. Bu gelişim başlamadan önce gerek fiziki arşivlerde gerekse o dönemin teknolojik imkânlarının el verdiği ölçüde depolanırken verilere erişimin kolaylığı, düzenli veri depolama, dosyalama sistemleri, verilerin paylaşılması gibi konularda ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu sorunların giderilmesi hususunda elektronik sağlık kayıtları ve sağlığın dijitalleşmesi olumlu bir rol oynamaktadır. Fakat bilgilere erişimin kolaylığı, siber güvenlik duvarının aşılması, kötü niyetli yazılımcılar gibi etkenler göz önüne alındığı zaman teknolojik gelişmeler kişisel sağlık verilerinin mahremiyet ihlali konusunda ciddi sorunlara yol açmıştır(Derinözlü,2017). Bu olumsuzlukların ve siber saldırıların giderilmesi için birçok güvenlik duvarı oluşturulmakta ve her sağlık kurum ve kuruluşu gerekli önlemleri almaktadır. Ayrıca sağlık sektöründe bilgi güvenliği yönetiminin oluşturulmasında ISO kalite standartlarından olan ISO/IEC 27002 kullanılarak gerekli düzenlenmeler gerçekleştirilmektedir.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) her hastanenin belirli bir sözleşme doğrultusunda anlaşmalı olduğu şirketler tarafından yürütülmektedir. Teknik şartname doğrultusunda hastane bu şartları taşıyan firma ile anlaşmakta ve sözleşme süresi bitene kadar o firma ile faaliyet göstermektedir. Hastaneler sözleşmesi biten firma ile yollarını ayırıp başka bir firma ile çalışmaya devam edebilmektedir. Bu doğrultuda kişisel sağlık verilerinde herhangi bir kayıp oluşmaması ve tek tip veri elde edilebilmesi için Sağlık Bakanlığı Minimum Veri Modeli oluşturulmuştur. Bu modelde HBYS içerisinde yer alan sağlık verileri tek tip olarak depolanmakta ve bir sonraki firmaya aktarılmaktadır. Bu durum verilerin aktarımında mahremiyet ihlalinin en aza indirmektedir. Veri aktarımı ve erişimi söz konusu olduğu durumlarda tamamen teknolojik veya tamamen kağıda dayalı yöntemlerin kullanılması göz önüne alındığında kesin bir mahremiyet çözümü bulunmamaktadır. Standartların oluşturulması ve denetlenmesi bu durumu en aza indirmeyi amaçlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Ağralan E, (2015). Bilgi Güvenliği, Kişisel Verilerin Korunması Ve Mahremiyet Etki Değerlendirmesi. Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akar Y, Özyurt E, Erduran S, Uğurlu D, Aydın İ, (2019). Hasta mahremiyetinin değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6(1), 63-69.
- Akgül A, (2013). Kişisel Verilerin Korunması Açısından İdarenin Hukuki Sorumluluğu ve Yargısal Denetimi. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Akten R, (2017). Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Almunawar MN, and Anshari M, (2012). Health Information Systems (HIS): Concept and Technology. International Conference Informatics Development.

- Altundiş M, (2016). Tıbbi Kişisel Verilerin Tutulması ve Korunması Yükümlülüğü Ve İdarenin Bu Yükümlülüğünü Yerine Getirmemesinden Doğan Sorumluluğu. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi.7(28), 313-351.
- Altuner İ, (2015). Hipokrat Yemini. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 7, 01-07.
- Andreu-Perez J, Poon CCY, Merrifield RD, Wong STC, YAang GZ, (2015). Big Data for Health. IEEE J Biomed Health Inform, 19(4), 1193-1208.
- Arslan ET, Demir H, (2016). Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumu: Nitel Bir Araştırma. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 17(4), 191-220.
- Avaner E, (2018). Mahremiyet Nedir? Mahremiyetin Sağlık Hizmetleri Penceresinden Görünürlüğü Nasıldır? Türkiye Biyoetik Dergisi. 5(3), 110-116.
- Avcı Y, (2019). Kişisel Verilerin Korunması. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ay F, (2008). Elektronik Hasta Kayıtları: Güvenlik, Etik ve Yasal Sorunlar. Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, 9(2), 165-175.
- Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, Shah A, Escobar G, (2014). Big Data in Health Care: Using Analytics to Identify and Manage High-Risk and High-Cost Patients. Health AFF(Millwood), 33(7), 1123-1131.
- Bayın G, Yeşilaydın G, Özkan O, (2016). Bulut Bilişimin Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 48, 233-253.
- Bayındır H, (2019). Özel Sağlık Kurumları Kapsamında Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Korunması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Bekmezci H, Özkan H, (2015). Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi. HSP, 2(1), 113-124.
- Bezirgan Gözmener S, (2019). Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt Ve Korunmasında Hemşirelerin Cezai Sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Bezirgan Gözmener S, Şenol S, ve Seren İntepeler Ş, (2019). Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHFED). 12(1), 21-30.
- Can N, 2020. Hasta Mahremiyeti Hakkı. Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 147, 183-219.
- Candan M, Bilgili N, (2018). Hemşire ve Ebelerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 3(3), 34-43.
- Chaudry A, Crowcroft J, Howard H, Madhavapeddy A, Mortier R, Haddadi H, and McAuley D, (2015). Personal Data: Thinking Inside the Box. Aarhus Series on Human Centered Computing, 1(1), 29-32.
- Clarke R, (2009). Privacy Impact Assessment: Its Origins and Development. Computer Law and Security Review, 25(2), 123-135.

- CNN Türk. İlaç Firmaları Hastaların Kişisel Bilgilerini Topluyor İddiası. Erişim Tarihi 12 Haziran 2020. <https://www.cnnturk.com/video/turkiye/ilac-firmalari-hastalarin-kisisel-bilgilerini-depoluyor-iddiasi>.
- Çekin MS,(2016). 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Kanun'un Big Data (Büyük Veri) ve İrade Serbestisi Açısından Değerlendirilmesi, İÜHFM, 74(2), 629-644.
- Çetin H, (2014). Kişisel Veri Güvenliği Ve Kullanıcıların Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi. (29), 86 – 105. Gözüküçük M, Veri İşleme Süreçlerinde Tartışmalı Bir Çözüm: Veri Anonimleştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çobansoy G, 2020. İnsan Hakları Açısından Kişisel Verilerin Korunması Sorunu. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Dankar FK, El Emam K, (2012). The Application of Differential Privacy to Health Data. ACM International Conference Proceeding Series. 12,158-166.
- Derinözlü C. Büyük veri ve Mahremiyet. 1.Ulusal Bulut Bilişim ve Büyük veri Sempozyumu, 25-30, 19-20 Ekim (2017), Antalya.
- Diler R, (2014). Mahremiyet Eğitimi ve Önemi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2(1), 69-98. Erdinç GH, (2017). Bilgi Güvenliği, Kişisel Verilerin Korunması Ve Biyometrik Verilerin İşlenmesine İlişkin Öneriler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Bilişim Enstitüsü, İstanbul.
- Dülger MV, (2015). Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 1(2), 43-80.
- Dülger MV, (2019). Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik'e İlişkin Değerlendirme. Hukuki Haber, 1-11.
- Dülger Mv, (2019). Sgk'nın Kişisel Sağlık Verilerini Satış Konusu Haline Getirmiş Olmasına İlişkin Mahkeme Kararının Kesinleşmesi Üzerine: Kişisel Sağlık Verileri Satılabilir Mi?. Erişim Tarihi 10 Eylül 2020, <https://www.hukukihaber.net/kisisel-saglik-verileri-satilabilir-mi-makale,5723.html>.
- Ergüden Ç, (2019). Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi. https://www.academia.edu/40904181/k%C4%B0%C5%9E%C4%B0sel_sa%C4%9Elık_ver_%C4%B0ler%C4%B0n_%C4%B0n_%C4%B0%C5%9Elenmes%C4%B0 Erişim Tarihi 11 Haziran 2020.
- Hafizoğulları Z, ve Özen M, (2009). Özel Hayata ve Hayatın Gizli Alanına Karşı Suçlar. Ankara Barosu Dergisi, 67(4), 9-22.
- İleri YY, ve Uludağ A, (2017). e-Nabız Uygulamasının Yönetim Bilişim Sistemleri Ve Hasta Mahremiyeti Açısından Değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi (USAYSAD), 3(3), 318-325.
- İmançlı C, (2019). Kişisel Sağlık Verilerinin Korunamamasından Doğan Özel Hukuk Sorumluluğu. Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İnal Y, Ercil Çağiltay N, E-Nabız Mobil Sağlık Uygulamasına Yönelik Kullanıcı Değerlendirmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(2), 375-388.

- İpek N, 2020. İslam'ın Mahremiyet Algısı Işığında Mahremiyet Eğitiminin Çocuk Cinsel İstismarını Önlemedeki Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzincan.
- İzgi MC, (2014). Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(1), 25-37.
- Kandilli E, (2019). Sağlık Hukukunda Etik Açısından Kişisel Veriler Ve Mahremiyet Hakkı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karakethüdaoğlu M, (2019). Sistemlerin Geliştirilmesinde Mobil Uygulamalarda Kullanıcı Geri Bildirimlerinin Önemi: Türkiye E-Nabız Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- Ketizmen M, ve Ülküderner Ç. E-devlet Uygulamalarında Kişisel Verilerin Korun(ma)ması. XII. Türkiye'de İnternet Konferansı, 189-193, 8-10 Kasım (2007), Bilkent Üniversitesi, Ankara.
- Kılınç D, (2012). Anayasal Bir Hak Olarak Kişisel Verilerin Korunması. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 61(3): 1089-1172.
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik. Erişim Tarihi, 18 Mayıs 2020. <https://www.lexpera.com.tr/mevzuat/yonetmelikler/kisisel-saglik-verilerinin-islenmesi-ve-mahremiyetinin-saglanmasi-hakkinda-yonetmelik>.
- Kişisel Verileri Koruma Kurumu, (2018). 100 Soruda Kişisel Verileri Koruma Kanunu, KVKK Yayınları, Ankara.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanununa İlişkin Uygulama Rehberi, (2018). Kişisel Verileri Koruma Kurumu, KVKK Yayınları, Ankara.
- Korkmaz İ, (2013). Facebook ve Mahremiyet: Görmek Ve Gözetle(n)mek. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 5, 107-122.
- Küzeci E, Türkiye'de Sağlık Verilerinin Korunması: Hukuksal Çerçeve. Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi, 14-20, 19-20 Aralık (2015), İstanbul.
- Marşap A, Akalp G, ve Yeniman E, (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. Bilişim Teknolojileri Dergisi, 3(1), 31-40.
- Nalbantoğlu L, (2018). Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Yapılan Değişiklikler. The Deloitte Times, 64-67.
- Ohm P, (2009). Broken Promises Of Privacy: Responding To The Surprising Failure Of Anonymization. UCLA Law Review, 57, 1701-(2010).
- Olca E, ve Can Ö. Ulusal ve uluslararası yönetmeliklerde kişisel sağlık verisi mahremiyetinin korunması. 7.Uluslararası Bilgi Güvenliği ve Kriptoloji Konferansı, 71-76, 17-18 Ekim (2014), İstanbul.
- Özcan S, (2018). Sigorta Hukuku Bağlamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması. Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Özer K, (2015). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (Konya Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Özkan F, (2018). Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasının Pozitif Temelleri ve AIHM Kararlarından Örnekler. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Öztürk H, Özçelik SK ve Bahçecik N, (2014). Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme Durumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30 (3), 19-31.
- Ropiak DJ, (2019). Commentary on Ethics and Morality. Erişim Tarihi, 24 Nisan 2020. Erişim adresi,
https://www.researchgate.net/publication/279685427_Commentary_on_Ethics_and_Morality.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2015). Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Minimum Veri Modeli Sürüm 1.0.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2020. Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Veri Modeli (VEM) Sürüm 2.0.
- Sağlık Bakanlığı, Dijital Hastane, <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4874/ehr-electronic-health-record---esk-elektronik-saglik-kaydi.html>, erişim tarihi 28 Mayıs 2020.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020. Sağlıkta Kalite Standartları(Hastane). 1.Baskı, Ankara. Erişim Tarihi 5 Eylül 2020. <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52460/guncel-standartlar.html>.
- Solove D, (2008). Understanding Privacy. The George Washington University Law School Public Law And Legal Theory Working, Harvard University Press.
- Sur H, Palteki T, (2013). Hastane Yönetimi, 1.Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, s.835.
- Şen Y. (2015). İslâm Hukukuna Göre Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet Hakkı. Ekev Akademi Dergisi. 19(61), 403-428.
- Şenyürek G. Etik açıdan kişisel sağlık verileri ve korunması. Kişisel Sağlık Verileri Iı. Ulusal Kongresi Kitabı, 151-157, 03-04 Haziran (2017), İstanbul.
- Tataroğlu M, (2009). E-Devlet'te Kullanılan Gözetim ve Kayıt Teknolojilerinin Mahremiyet Üzerinde Etkileri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, 95-120.
- Than Win K, (2005). A review of security of electronic health records. Health Information Management, 34(1),13.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982. T.C. Resmî Gazete. 17863, 9 Kasım 1982.
- Türkiye Cumhuriyeti Dijital Dönüşüm Ofisi, (2019)/12 Sayılı Genelge, Erişim Tarihi 31 Mayıs 2020, [https://cbddo.gov.tr/mevzuat/\(2019\)-12-sayili-bilgi-guvenligi-tedbirleri-cumhurbaskanligi-gengelgesi/](https://cbddo.gov.tr/mevzuat/(2019)-12-sayili-bilgi-guvenligi-tedbirleri-cumhurbaskanligi-gengelgesi/).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2018). e-Nabız V.2.0 Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi Kullanma Kılavuzu.

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Dijital Hastane, Erişim Tarihi 28 Mayıs 2020, <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4874/ehr-electronic-health-record---esk-elektronik-saglik-kaydi.html>.
- Türkiye İstatistik Kurumu, Hastane Sayılarının İllere Göre Dağılımı, Erişim Tarihi 5 Temmuz 2020, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.
- Usta A, (2011). Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetiminde Etik ve Ahlâk. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 1(2), 39-50.
- Ülgü M, Muş E, ve İşleyen F, (2018). Sağlık Bilişimi Standartları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 46, 14-17.
- Varol E, (2018). Hemşirelerin Mahremiyet Hakkındaki Tutumları ve Bakım Uygulamalarının Hasta Mahremiyetine Olan Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Yeşiltaş A, (2018). E-Nabız Uygulamasının Kullanımını Etkileyen Faktörler. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5(4), 290-295.
- Yılmaz M. ve Demirkan AE, (2012). Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. Bilişim Teknolojileri Dergisi, 5(3), 19-28.
- Yüksel M, (2009). Mahremiyet Hakkına ve Bireysel Özgürlüklere Felsefi Yaklaşımlar. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 64 (01), 275-298.



E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/pub/japss	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 04/01/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi:10/01/2021

**GIDA REKLAMLARININ 4-6 YAŞ ÇOCUKLARININ BESLENMESİ
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN İNCELENMESİ (İSTANBUL ÖRNEĞİ)¹**



**INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF FOOD ADVERTISEMENTS ON NUTRITION
OF 4-6 YEARS OLD CHILDREN (ISTANBUL SAMPLE)**

Atıf/ to Cite (APA): Sönmezkaaya, S. (2021). Gıda Reklamlarının 4-6 Yaş Çocuklarının Beslenmesi Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi (İstanbul Örneği). Journal of Academic Perspective on Social Studies, (1), 21-31

Seren SÖNMEZKALE²

DOI: <https://doi.org/10.35344/japss.853814>

ÖZ

Bu çalışmanın amacı Gıda reklamlarının 4-6 yaş çocuklarının beslenmesi üzerindeki etkilerini incelemektir. İstanbul ili Kadıköy İlçesinde izin alınan ana okullarındaki tüm çocukların velilerine anket uygulanmıştır. Velilerin % 92,8'i kadındır. Çocukların % 55,4 ü çocuk kanalları izlemekte, % 38,6 sı televizyonda reklam izlememekte, % 28,9 u da en fazla oyuncak reklamı izlemektedir. Çocukların % 56,6 sı TV den reklamları izlemekte, % 37,3 ü de insan karakteri içeren çizgi kahramanları sevmektedir. Ankete katılan velilerde ortalama yaş 36, çocuk yaşı 4,6, çocuk boyu 107,84 cm, çocuk kilosu 18 kg ve ortalama TV izleme süresi 75,74 dakika olarak bulunmuştur. Anne eğitim düzeyi ile çocukların sahip olduğu beslenme kuralları arasında pozitif bir ilişki vardır. Anne eğitim düzeyi ile çocukların TV izleme süresi arasında ilişkinin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,026 < 0,05$).

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Beslenme, Reklam, Erken Çocukluk.

ABSTRACT

The aim of this paper is to investigate the effects of food advertising on the feeding of children aged 4-6, and the effect of advertising on food preferences, purchase direction in order to investigate whether they had an effect. In the survey, 92.8% of the parents who came to kindergarten for their child were females. 55.4% of the children are watching children channels, and only 2.4 are not watching television. 38.6% of the children are not watching commercials on TV and 28.9% are watching the most toy advertisements. 56.6% of children watch TV ads. 37.3% of the children also love cartoon heroes with human characters. The average age of the participating parents was 36, the age of the child was 4.6, the height of the child was 107.84 cm, the weight of the child was 18 kg and the average time of watching TV was 75.74 minutes.

There is a positive relationship between maternal education level and the nutritional rules that children have. Children of university graduates have more healthy nutrition rules. It was found that the relationship between the mother education level and the duration of TV watching of children was significant ($p = 0,026 < 0,05$).

Keywords: Child, Nutrition, Advertising , Early childhood

¹ Bu makale, Üsküdar Üniversitesi, Nöropazarlama YL Tez çalışmasından türetilmiştir. Etik Kurulu onay; 10.04.2015 tarih, 14588481/605.99/3865756 sayılı ile alınmıştır.

² Nöropazarlama Uzmanı, serensonmezkaale@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0124-0738>

1. GİRİŞ

Televizyon, günlük hayatımızda önemli yer tutan bir iletişim aracı haline gelmiştir. Teknolojide yer alan gelişmeler, günlük yaşantının bir parçası halindedir. Kitle iletişim araçlarından televizyonun yaygınlığı, geniş kitlelere kolayca ulaşması nedeniyle ön plana çıkmıştır ve hayatımızın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Günümüzde insanlar televizyonda yayınlanan her türlü programın etkisi altında kalmaktadır. Bu sebeple, artık televizyon kitlelere ulaşmanın en etkili yolu olarak kullanılmaktadır.

Haberleri veren televizyon, eğitime ve eğlendirme işlevleri ile hazırlanan programlar yoluyla mesajlar iletir durumdadır. Bu nedenle, televizyon, diğer medya araçlarından farklıdır. Yayında yer alan müzik, ses ve hareketli görüntüleri bir arada bulundurmaktadır (Ertunç, 2011).

Günümüzde yetişkinlerin günlük yaşamlarında önemli derecede zaman ayırdıkları televizyon, bebeklerin ve çocukların da odağındadır. Çocuklar doğdukları andan itibaren televizyonla tanışmaktadırlar ve 3-4 yaşlarından itibaren 12-13 yaşlarına kadar günlük olarak en az 1-2 saat TV izlemektedirler. Oysa çocukların televizyon izleme süresi, çocuğun yaşına uygun olmalı ve izlediği programlar da çocuklara yönelik olmalıdır. Televizyonun aynı zamanda eğitici ve öğretici bir araç olarak kullanılabilmesi için de programlar, onların anlayabilecekleri şekilde planlanmalıdır çünkü çocuklar gördüklerinden etkilenip, kolayca inanabilirler, bu yüzden televizyonda izledikleri programlardan sonra gerekirse onlarla konuşulmalıdır (Oktay, 2007:232; Türkkent, 2012). Özellikle reklam sektöründe çocuklara yönelik pazar payı son yıllarda artış gösterdiğinden, onlara yönelik reklamlarda ürünü talep etmeleri hedeflenmektedir. Okul öncesi çağı çocuklar farkında olarak veya olmayarak reklamları izlemektedir (Tokuç vd, 2009:459-464).

Çocukların bilinçaltına etki etmek için reklamlarda görseller, ses ve müziklerle aktarılmak istenen mesajlar verilmektedir. Bu unsurlar çocukların televizyon izlemeyi sevmelerinin asıl sebepleridir. Özellikle 4 ve 6 yaş arası çocuklar, 6 ve üzeri yaştaki çocuklara oranla televizyonda izlediklerini daha az ayırt edebilirler. Yaşları büyüdükçe reklamlara olan ilgi oranında azalma söz konusudur (Sarp, 2017; Vodinalı, 2016).

2. TEORİK ÇERÇEVE

Reklamlar her şeyden önce bir tüketiciyle iletişim kurmaya çalışmakta ve bu sayede hedeflediği kitleye bazı mesajlar aktarmaktadır. Örneğin çocuk oyuncular reklamlarda yer almaktadır. Ayrıca arkadaşlarıyla veya aile büyükleriyle yemek sofrasında yer alan çocuklar sıklıkla görülebilmektedir. Bu yönüyle reklamlar çocukların sosyal gelişimine katkı sağlayarak onları olumlu yönde etkileyebilmektedir. Ancak, reklamlar aynı zamanda hızlı ses ve görüntü geçişleri olması nedeniyle de dikkat bozukluklarına, dilin yanlış kullanılması, şiddet içerikleri veya gerçek üstü olan büyü ve sihir gibi temalar nedeniyle de çocukların bu tür davranışları örnek alıp gerçek hayatta normalleştirmesini sağlayabilir. Bu nedenle reklamlar, çocukları olumlu ve olumsuz yönde etkileyen bir kitle iletişim aracıdır. Çocukları görsel yönde etkileyerek, okul öncesi çocuklarda marka, logo, o ürüne ait kahraman gibi ürünün kullandığı görseller yoluyla, çocuk tüketiciler tarafından tanınabilmesini kolaylaştırır ve reklamların asıl hedefi okul öncesi çocuklara yani okuma yazma bilmeyen çocuklara, marka tanınabilirliği sağlamasıdır (Koç vd.,2013:15-16; Günlü ve Derin, 2012:62-66).

Çocuklar bir markayı görsel olarak tanıdığı için ya da o markanın reklamında kullanılan çocuk, süper kahraman gibi tanıdığı sevdiği bir unsur olduğu için, talep etmektedir. Genellikle pazarlaması yapılan ürünler reklamlarda olduğundan farklı yansıtılmaktadır, bu da çocuk tüketicileri aldatmaktadır. Bu reklamlar aldatıcı reklam kategorisine girmektedir ve etik olarak yanlıştır (Ertunç, 2011; Asena, 2019; Borzekowski, 2001).

Reklam dünyasındakiler açısından aileye çocuk üzerinden ulaşılmasının anlaşılması, çocuklara yönelik reklamların artmasını sağlamıştır. Ancak okul öncesi çocuğu bilişsel olarak somut işlem döneminde ve ben merkezidir. Bu nedenle çocuk her gördüğü reklamın içeriğini gerçek zanneder, soyut açıklamaları anlayamaz. Ayrıca ben merkezci olduğu için reklamlarda gördüğü her oyuncak ve gıdanın kendisi için olduğunu düşünerek ona sahip olmak ister. Bu nedenle çocuklar reklamlarda gördüğü yiyecek ve oyuncakları edinmek için tuttururlar (Sarp, 2017; Şentürk,2011).

Reklamlardaki abartılı ilişkileri taklit eden ve ayrıca reklamlardaki ürünleri almak isteyen çocuklar, aile içinde tartışmalara yol açabilir. Özellikle sıklıkla reklamlarda izlenen şekerleme ve fast-food türü bazı gıdaların obeziteyi artırdığı bilinmektedir. Ayrıca reklamlar çocukların zihinlerinde farklı imajlar oluşturarak, onları psikososyal yönden etkilemektedir. Subliminal mesajlar ise, çocukların duyu düşünce ve davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Koç vd., 2013; Yılmaz, 2015; Karanam,2010; Ramos,2015).

Bu nedenle çocuk haklarını korumaya yönelik bazı önlemler alınmıştır. Çocuk Hakları Evrensel Beyanamesi'ne göre; çocukların kitle iletişim araçlarından zarar görmemesi için 17. Maddenin a fıkrasında yapılan düzenlemede;

“Taraf Devletler, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun; özellikle toplumsal, ruhsal ve ahlaki esenliği ile bedensel ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan bilgi ve belge edinmesini sağlarlar”.Bu amaçla Taraf Devletler; a) Kitle iletişim araçlarını çocuk bakımından toplumsal ve kültürel yararı olan ve 29. maddenin ruhuna uygun bilgi ve belgeyi yaymak için teşvik ederler” denilmektedir” (<https://cocukmeclisi.ibb.istanbul/cocuk-haklari-sozlesmesi/> ; İnceleme tarihi; 26.03.2018).

Ülkemizde de 21555 sayılı Türkiye Radyo Televizyon Kurumu Reklam Yönetmeliği'nin yayın ilkelerinin 5. maddesinin (m) fıkrasında ise;

“Reklamlar, çocukların ve gençlerin beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyecek, onları bunalıma, özentiye ve çaresizliğe düşürecek nitelikte olamaz. Reklam yayınlarında, çocukların inanç ve sadakat duygularını zedeleyecek sözlere yer verilemez. Benzer şekilde çocuklar reklamlarda görüntü unsuru olarak bir ailenin üyesi gibi yer aldıklarında, davranışlarının görgü ve terbiye kurallarına uygun olması gerekir” denilmektedir (<https://www.rtuk.gov.tr>).

Tüm yasal düzenlemelere ve önlemlere rağmen, ne yazık ki çocukları olumsuz yönde etkileyebilecek programlar ve reklamlar televizyonlarda yer almaya devam etmektedir.

3. ARAŞTIRMANIN AMACI, MODELİ VE BULGULARI

Gıda reklamlarının 4-6 yaş çocuklarının beslenmesi üzerindeki etkilerini incelenmek amacıyla yapılan bu çalışmada, çocukların televizyon veya tablet/televizyonda izlediği programlardaki seçimlerini, reklam izleme oranlarını, hangi ürün grubu reklamların üzerlerinde daha etkili olduğunu, gıda tercihlerinde reklamların etkisinin olup olmadığını ve ailelerini hangi ürün gruplarını satın alma yönünde etkilediklerini saptamaktır.

Araştırma; tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır ve tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmada anketler, anaokullarında 15 Nisan – 30 Haziran 2018 tarihlerinde uygulanmıştır. Çalışma için İstanbul ili Kadıköy İlçesinde yer alan ve araştırma izni konusunda yardımcı olan Koşuyolu ve Göztepe Okyanus Anaokulları ile Koşuyolu Yetkin Montessori Anaokulu seçilmiştir. Bu anaokullarındaki tüm çocukların velilerine anket uygulanmış, 62 velinin çalışmaya katılımı reddetmesi nedeniyle örneklem 166 kişi olarak sınırlandırılmıştır. Araştırma verileri, velilerin sözel beyanına dayalı olarak elde edilmiştir.

Araştırma için, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair onay 10.04.2015 tarih, 14588481/605.99/3865756 sayılı ile alınmıştır.

Gıda reklamlarının 4-6 yaş çocuklarının beslenmesi üzerindeki etkilerini incelenmeye yönelik hazırlanan anket maddeleri, boyutları, kaynak taraması ve çocuk gelişimi, nörobilim ve biyoistatistik alanında 4 uzman görüşü alınarak oluşturulmuştur. Ankette demografik bilgilerle ilgili sekiz soru, televizyon ve reklam izlemeye yönelik dokuz soru bulunmaktadır. Ayrıca beslenme ve gıda maddelerinin tanınması ve reklamların beslenme alışkanlığına etkisine yönelik; evet, hayır, bazen seçenekli likert tipi hazırlanan 20 madde olmak üzere toplam 37 madde bulunmaktadır.

Gıda reklamlarının çocukların beslenmesi üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik kullanılacak anketin iç tutarlılık Cronbach's Alfa katsayısı 0.89 dur.

Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin çözümünde; anketin birinci bölümü (kişisel bilgiler) için yüzde ve frekans yöntemi kullanılmıştır. Anketin ikinci ve üçüncü bölümünde yer alan "gıda reklamlarının çocukların beslenmesi üzerindeki etkilerini" belirlemek üzere tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Gıda reklamlarının çocukların beslenmesi üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik verilen cevaplar arasında demografik değişkenler açısından farklılık olup olmadığı, Khi kare ve Kruskal Wallis analizleri ile belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen nitel veriler sayı ve yüzde (oran) olarak ifade edilmiştir. Çapraz tablo biçimindeki veriler Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Bulguların yorumlanmasında $p < 0.05$ olasılık değeri önemli olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada, çocukların izledikleri reklamların, onların beslenme davranışını etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Çocukların tercihleri oyuncak ve yiyecek olarak gruplandırıldığı için, çocukların cinsiyeti araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmadaki 16 soruya çok az kişi cevap verdiği için değerlendirmeye alınmamıştır. (Soru 16-Çocuğunuz hangi yiyecek grubuna daha düşkün)

Tablo 1: Anketi yanıtlayan velilerin cinsiyete ve eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim Durumu	Cinsiyet			
	Anne	%	Baba	%
İlkokul	18	10,8	14	8,4
Ortaokul	8	4,8	10	6,0
Lise	36	21,7	44	26,5
Üniversite	66	39,8	68	41,0
Lisansüstü	38	22,9	30	18,1
Toplam	166	100	166	100

Tabloda görüldüğü gibi, çocuğu için anaokuluna gelen velilerin % 92,8 i kadındır ve üniversite mezunu olanlar çoğunluktadır.

Araştırmada incelenen çocukların yaş dağılımları da Tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2: Araştırmada incelenen çocukların yaş dağılımları

Çocuk Yaş	Sayı	Yüzde
3,50	12	7,2
4,00	54	32,5
4,50	24	14,5
5,00	40	24,1
5,50	8	4,8
6,00	28	16,9
Toplam	166	100

Araştırmaya katılan çocukların % 32,5 u 4 yaş, % 24,1 i 5 yaşındadır.

Ankete katılanlarla ilgili demografik verilere bakıldığında, ortalama veli yaşı 36, çocuk yaşı 4,6, çocuk boyu 107,84 cm, çocuk kilosu 18 kg ve ortalama TV izleme süresi 75,74 dakika olarak bulunmuştur.

Çocukların izlediği TV kanallarına göre dağılımı Tablo 3 de verilmiştir.

Tablo 3: Çocukların izlediği TV kanallarına göre dağılımı

TV Kanal	Sayı	Yüzde
Çizgi film	14	8,4
Çocuk	92	55,4
Disney	14	8,4
Hepsi	6	3,6
Minika	12	7,2
TRT	22	13,3
TV8	2	1,2
Yok	4	2,4
Toplam	166	100

Tabloda görüldüğü gibi çocukların %55,4 ü çocuk kanalları izlemekte, sadece 2,4 lük bir grup televizyon izlememektedir.

Çocukların izledikleri reklamların dağılımı Tablo 4 de verilmiştir.

Tablo 4: Çocukların izledikleri reklamların dağılımı

İzlenen Reklam	Sayı	Yüzde
Çikolata	10	7
Çizgi film	6	3,6
Dalin	4	2,4
Dondurma	2	1,2
Yiyecek-genel	4	2,4
Müzikli hareketli	4	2,4
Hepsi	22	13,3
Oyuncak	48	28,9
Seyahat	2	1,2
İzlemiyor	64	38,6
Toplam	166	100

Çocukların %38,6 sınıfın televizyonda reklam izlemediği,% 28,9 unun da en fazla oyuncak reklamı izlediği saptanmıştır.

Tablo 5 da çocukların en sevdiği reklamların dağılımı verilmiştir. Tabloda görüleceği üzere çocuklar reklam seyrettikleri halde yarıya yakını bir veya daha fazla reklam üzerinde durmuyor.

Tablo 5: Çocukların en sevdiği reklamların dağılımı

Çocuğun Sevdiği Reklam	Sayı	Yüzde
Yiyecek-İçecek; çikolata, dondurma, kinder, sütburger,süt, pepsi	24	14,46
Oyuncak; Örümcek adam, uçan kanatlar, Canavarlar, araba	28	16,86
Hepsi; Yiyecek, oyuncak, dalin, 11880, Akbank, anıtur, lassa, müzikli reklamlar	32	19,27
Yok	82	49,39
Toplam	100	100

Anketi yanıtlayan veliler, çocuklarının neredeyse yarısının bir reklam tercihinin olmadığını belirtmesine rağmen, reklam tercihlerini belirten veliler de bu reklamlarda seyredilen ve çocuklarının en sevdiği karakterleri aşağıda Tablo 6 deki gibi belirtmişlerdir.

Tablo 6: Çocukların reklamlarda en çok sevdiği karakterin dağılımı

En sevilen karakter	Sayı	Yüzde
Çizgi hayvan karakterler; Maşa ile koca ayı, ördek, panda,marvel	12	7,2
Çizgi insan karakterler; Jett kahraman, batman, minişler, pepe, niloya, marvel, Minişler, starwars, ozmo, kido	62	37,3
Çocuk oyuncuların oynadığı reklamlar	4	2,4
Yok	88	53,0
Toplam	166	100

Tabloda görüldüğü gibi, reklam tercihi olmayan çocuklara ilaveten çocukların %53 ünün reklam karakteri tercihi bulunmamaktadır. Çocukların %37,3 ü de insan karakteri içeren çizgi kahramanları sevmektedir.

Tablo 7 de, reklamları izleyen çocukların en fazla hangi ürünü almak istedikleri verilmiştir.

Tablo 7: Reklamları izleyen çocukların en fazla almak istedikleri ürünlere göre dağılımı

İstenilen Ürün	Sayı	Yüzde
Oyuncak; Araba, bebek, oyun hamuru	54	32,53
Yiyecek; Çikolata, dondurma, sütburger, süt, tatlı, şeker, kinder	36	21,68
İstemiyor	16	9,63
Yok	60	36,14
Toplam	100	100

Tabloda görüldüğü gibi çocuklar en fazla oyuncak %32,53 ile, daha sonra yiyecek, %21,68 ile istemektedirler.

Araştırmaya katılan velilere, çocuğun televizyon ve reklam izleme davranışının beslenmesini etkileyip etkilemediği ile ilgili, hayır, bazen ve evet seçenekleri olan 20 soruya verdikleri yanıtların ortalamaları Tablo 8 da verilmiştir.

Tablo 8: Velilerin 20 soruya verdikleri yanıtların ortalamaları

Soru	Ortalama	Standart Sapma
1-Çocuğunuz televizyon izler mi?	2,5	,57
2-Çocuğunuz reklamları izler mi?	2,0	,77
3- Televizyon karşısında daha mı iyi yemek yiyor?	1,8	,83
4- Reklamlarda gördüğü her ürünü istiyor mu?	1,5	,64
5- Yeni gördüğü bir ürünü aldırma istiyor mu?	1,8	,77
6- Reklamlar sayesinde yemediği yiyecekleri tüketmeye başladı mı?	1,3	,63
7- Markete, bakkala gitme isteği artıyor mu?	1,7	81
8- Hazır yiyeceklere ilgi duyuyor mu?	1,96	,77
9- Reklamda izlediği bir gıdayı reddeder mi?	1,82	,84
10- Reklam karakterine benzeyeceğini düşünüyor mu?	1,32	,64
11-Çocuğunuz reklamlarda gördüğü besini alıyor musunuz?	1,55	,58
12-Reklamlarda gördüğü bir besini olmadık saatte ister mi?	1,39	,63
13-TV/ tablet/ telefon olmadan yemek yer mi?	2,61	,67
14-Çocuğunuz yemek seçer mi?	2,33	,73
15-Markete gittiğinde reklamlarda gördüğü ürünü tanıyor mu?	2,34	,75
16-Çocuğunuzun iştah sorunu var mı?	1,90	,84
17-Ailede sağlıklı beslenmeye dikkat ediliyor mu?	2,72	,56
18-Ailede sağlıklı beslenme ile ilgili kurallar var mı?	2,54	,68
19-Reklamların çocuğunuzun yeme davranışına etki ettiğini düşünüyor musunuz?	1,68	,79
20-Reklamların çocuğunuzun yeme davranışına etkisinden memnun musunuz?	1,28	,53

Ankete verilen yanıtlar; 1: Hayır, 2: Bazen 3: Evet seçeneğini içermektedir ve yanıtların ortalamalarına bakıldığında bazen ve evet seçeneğine doğru bir artış görülmektedir.

Anne eğitiminin evdeki beslenme kurallarını etkileyip etkilemediği ile ilgili veriler Tablo 9 da sunulmuştur.

Tablo 9: Anne eğitimi ile evdeki beslenme kuralları arasındaki ilişki

Anne Eğitimi	Sağlıklı Yemek	Düzenli Yemek	Ara Öğün	Yemek Yenmesi	Yok	Toplam
İlkokul	4	4	4	0	3	18
Ortaokul	4	2	0	0	2	8
Lise	8	18	0	0	10	36
Üniversite	54	6	0	2	4	66
Lisansüstü	24	4	0	2	8	38
Toplam	94	34	4	4	27	166

Ki-Kare test : 51,8 ve p: 0,004 p<0.5 Önemli

Tabloda görüldüğü gibi, anne eğitim düzeyi ile çocuğun beslenme kuralına sahip olup olmadığı arasındaki ilişkinin varlığını saptamak üzere yapılan Ki-Kare Bağımsızlık testi sonucu anlamlı bulunmuştur. Anne eğitim düzeyi ile çocukların sahip olduğu beslenme kuralları arasında pozitif bir ilişki vardır. Üniversite mezunu annelerin çocukları daha fazla sağlıklı beslenme kuralına sahiptir.

Anne ve baba eğitim düzeyi ile çocuğun televizyon seyretme süresi arasındaki ilişkiye bakıldığında, annenin eğitim süresi arttıkça, çocuğun televizyon izleme süresinin azaldığı saptanmıştır. Baba eğitiminin ise çocuğun televizyon izleme süresini etkilemediği saptanmıştır. Bulgular Tablo 10 de verilmiştir.

Tablo 10: Anne eğitimi ile çocuğun televizyon izleme süresi arasındaki ilişki

Anne Eğitimi	Sayı	Sıra ortalaması
İlkokul	18	53,17
Ortaokul	8	54,13
Lise	36	52,00
Üniversite	66	38,44
Lisansüstü	38	30,87
Toplam	166	

Ki-Kare: 11,062 p: 0,026 p< 0.05 Önemli

Anne eğitim düzeyi ile çocukların TV izleme süresi arasında ilişki olup olmadığı, TV izleme sürelerinin dağılımı normal olmadığından, Kruskal-Wallis test ile araştırılmıştır. Test sonucunda ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,026 < 0,05).

Sıra ortalamalarına bakarak TV izleme süresinin en az Üniversite ve Lisansüstü mezunu anne çocuklarında görüldüğü saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça, televizyon izleme süreleri azalmaktadır.

Çalışmada elde edilen verilerle yapılan istatistik analizler sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- 1-Anaokuluna giden çocuklarının sorumluluğu annelerin üzerindedir.
- 2- Anaokuluna giden çocukların anne baba eğitim düzeyleri lise ve üzeridir.
- 3-Okul öncesi çocukları televizyon izlemektedir.
- 4-En fazla izlenen program çocuk programlarıdır.
- 5-Çocuklar tüm reklamları izlemektedir.

- 6-En fazla izlenen reklamlar oyuncak reklamlarıdır.
- 7- Çocukların reklamlarda en sevdiği karakterler, çizgi insan karakterleridir.
- 8- Reklam izleyen çocukların en fazla almak istediği ürün oyuncaktır.
- 9- Ailelerdeki beslenme kuralı, sağlıklı yemek olarak belirlenmiştir.
- 10- Üniversite mezunu annelerin çocukları daha fazla sağlıklı beslenme kuralına sahiptir.
- 11- Annenin aldığı eğitim süresi arttıkça, çocuğun televizyon izleme süresinin azaldığı saptanmıştır.
- 12- Sağlıklı beslenen çocuklarda daha az televizyon izleme eğilimindedir.
- 13- Ankete katılan velilerde ortalama yaşı 36, çocuk yaşı 4,6, çocuk boyu 107,84 cm, çocuk kilosu 18 kg ve ortalama TV izleme süresi 75,74 dakikadır.

Yukarıda on iki madde olarak açıklanan araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde incelenen yurt içinde ve yurt dışında yapılan araştırmalara bakıldığında, elde edilen bulguların diğer araştırma bulguları ile benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- 1-Tüm dünyada titizlikle uygulanan çocuklara yönelik reklamların denetimi artırılması,
- 2-Aileler, televizyonun çocuğun gelişimine olumsuz etkileri konusunda bilgilendirilmesi,
- 3-Anaokullarında televizyonun çocuğun gelişimine olumsuz etkileri konusunda bilgilendirme toplantıları yapılması,
- 4-Çocukların gelişimini olumlu yönde etkileyen, aile ile ortak etkinlik örnekleri ailelere sunulması,
- 5-Aileler sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi,
- 6-Okul öncesi çocuğun gelişimini olumlu yönde etkileyecek beslenme önerileri ailelere sunulması,
- 7-Okul öncesi çocuğu televizyonda izlediği her eylemi gerçek olarak düşündüğü için, aileler yanlış ve yanıltıcı bilgileri çocuklarına açıklamaması,
- 8- Çocuklara yönelik reklamlarda tüketime özendirici mesajlar yer almaması,
- 9- Aileler çocuklarının istediği zararlı olabilecek ürünleri almamaları önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Asena, M.B.(2009). Gıda Reklamlarının Okul Öncesi Çocuklar Üzerindeki Etkilerinin Anneler Tarafından Değerlendirilmesi, Bahçeşehir Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- Borzekowski,D.,Robinson,T. (2001). The 30-second effect:An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. Journal of the American Dietetic Association, 1:42-46.

Ertunç, F (2011). Çocuk Dünyasında Reklamın Yayınlanmamış Rolü. T.C Radyo Televizyon Üst Kurulu/ Uzmanlık Tezi, Ankara.

Günlü, Z., Derin, D. Televizyon Reklamlarının Okul Çağı Çocuklarının Besin Seçimi Üzerine Etkilerinin Bir İncelemesi. Journal Of Selcuk Communication, July2012, Volume 7 Number 3,s: 62-77

Karaca ve ark. Ebeveynlerin Televizyon Reklam İçeriklerinin Çocuklar Üzerindeki Etkilerini Etik Açıdan Algılamalarına Yönelik Bir Araştırma Sosyal Bilimler Dergisi / Cilt: IX, Sayı: 2, Aralık 2007

Karanam K. Çizgi/Dizi Film Karakterlerinin Çocukların Tüketim Alışkanlıkları Üzerine Etkisi", Karadeniz- Black Sea Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 2 (7): 66- 84.

Koç B.A ve ark. (2013). Reklamlar ve Çocuklar Üzerine Etkileri. Aile Akademisi Derneği.

Oktay, A. (2007). Yaşamın Sihirli Yılları: Okulöncesi Dönem. Epsilon Yayıncılık, İstanbul.

Ramos C, Navas J. Influence of Spanish TV commercials on childobesity. PublicHealth. 2015 Jun; 129 (6): 725-31.

Sarp, N. (2017). Erken Çocukluk Dönemi Gelişim ve Destek Programları Yayınlanmamış Ders Notları.

Şentürk, M., Turğut, M. "Televizyon Programları, Reklamlar ve Çocuklar". Aile ve Toplum Yılı: 12 Cilt: 7 Sayı: 27 Ekim-Kasım-Aralık 2011

Tokuç ve arkadaşları, Reklam ve Çocuklar: Çocukların Gıda Markalarını Tanıması, Beslenme Alışkanlıklarını ve Gıda Tercihlerini Etkiliyor mu? Preventive Medicine Bulletin. Nov/Dec2009, Vol. 8 Issue 6, p459-464. 6p. 4 Charts.

Türkkent,E. (2012) Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Televizyondan Etkilenmeleri Konusunda Anne ve Öğretmen Görüşleri, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı / Okul Öncesi Eğitimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

Vodinalı, S. (2016). Tüketim Kültürü Bağlamında Reklam ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri: "MaretYook Mu? Reklamı Üzerine Bir Çözümleme". Online, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ijsser/>, 2 (1),

Yılmaz,T. (2015). Gıda Reklamlarının Çocukların Beslenmesi Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi.

İnternet kaynakları:

<https://www.rtuk.gov.tr/>; İnceleme tarihi; 22.03.2018

Çocuk Hakları Sözleşmesi; <https://cocukmeclisi.ibb.istanbul/cocuk-haklari-sozlesmesi/> ; İnceleme tarihi; 26.03.2018.



Altunizade Mahallesi Haluk Türksöy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/446

23/02/2018

Prof.Dr.Sinan CANAN
(Seren SÖNMEZKALE)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/02/2018 tarihinde yapılan 02 No.lu toplantısında “Gıda Reklamlarının 4-6 Yaş Çocuklarının Beslenmesi Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı



E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/pub/japss	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 12/01/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 23/01/2021

SURİYELİ MÜLTECİ KRİZİNE YÖNELİK
TÜRKİYE’NİN SAĞLIK POLİTİKALARI¹



TURKEY'S HEALTH POLICIES FOR
SYRIAN REFUGEE CRISIS

Atf/ to Cite (APA): Şahinli, S. (2021). Suriyeli Mülteci Krizine Yönelik Türkiye'nin Sağlık Politikaları, Journal of Academic Perspective on Social Studies, (1), 32-44.

Serhan ŞAHİNLİ²

DOI: <https://doi.org/10.35344/japss.859479>

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, Nisan 2011 yılından itibaren Türkiye'ye gelen Suriyeli mültecilerin, Haziran 2019 yılı itibari ile Türkiye'deki durumlarını irdelemek, bu sekiz yıl içerisinde Türkiye'nin sunmuş olduğu sağlık hizmetleri ile uygulamış olduğu sağlık politikalarının aşamaları, uygulanma süreci ve sonuçlarını incelemektir. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 04.04.2019 tarihli verilerine göre toplam Suriyeli sayısı 3.630.767'dir. Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimi Geçici Koruma Yönetmeliği'nin 27. Maddesinde düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından Suriyelilere barınma merkezlerinde, poliklinik ve hastaneye sevk, acil sağlık hizmetleri, bağışıklama, aşılama, bebek ve gebe takip sistemi, bulaşıcı hastalık takibi, çevre sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Sunulan sağlık hizmeti bedeli, sağlık uygulama tebliğindeki bedeli geçmeyecek şekilde AFAD tarafından ödenmektedir. Suriyeli mültecilerin sağlık hizmeti alımı sırasında karşılaştığı en büyük problem dil engelidir. TBMM Göç ve Uyum Raporu'na göre Aralık 2017 yılı itibari ile 3,4 milyon geçici koruma altındaki Suriyeliler için 30 milyar dolarlık bir harcama yapılmıştır. Türkiye'nin Suriyeli mültecilerle ilgili planlama yaparken özellikle kalış süreleri ile ilgili orta ve uzun vadeli gerçekçi planlamalar yapılmalı, hastanelerde yaşanan dil problemlerini çözmek için tercümanlık açısından hizmet edecek rehberlik servislerinin oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mülteci, Sağlık, Politika

ABSTRACT

The purpose of this research, since April 2011 from Syrian refugees in Turkey, to analyze the current situation in Turkey as of June 2019, this eight years in Turkey have been presented as health services and implement its stages of health policy is to examine the implementation process and results . According to the data of the Directorate General of Migration Management on 04.04.2019, the total number of Syrians is 3.630.767. Access to health services for Syrians is regulated in Article 27 of the Temporary Protection Regulation. The Ministry of Health provides Syrians with shelter centers, outpatient and hospital referrals, emergency health services, immunization, vaccination, infant and pregnant follow-up system, infectious disease follow-up, and environmental health services. The price of the health service provided is paid by AFAD in a way that does not exceed the cost of health application notification. The biggest problem faced by Syrian refugees during health care is the language barrier. As of December 2017, an expenditure of 30 billion dollars was made for Syrians under temporary protection of 3.4 million as of December 2017. especially regarding length of stay when planning on Turkey's Syrian refugees realistic medium and long term planning should be done, in terms of hospitals that will serve to solve language problems experienced in interpreting suggested the creation of guidance services.

Keywords: Refugee, Health, Politics

¹ Bu çalışma, 9-10 Temmuz 2020 tarihinde düzenlenen "5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

² Arş. Gör., İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, srhn.sahinli@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3726-9439>

1. GİRİŞ

Ülkesinde meydana gelen savaş, çatışma vb. gibi olaylar nedeni ile hayatından endişe duyan veya ırk, din, sosyal konum ve siyasi fikir nedeniyle ayrımcılığa uğradığını düşünerek kendi ülkesini terk edip başka bir ülkeye sığınarak, uluslararası koruma talebinde bulunan kişiler sığınmacı olarak tanımlanmaktadır. Sığınmacı olan bu kişilerin, taleplerinin o ülke tarafından kabul görmesi durumunda ise bu kişiler, mülteci olarak ifade edilmektedirler (Gültaç ve Balçık 2018).

Son yıllarda dünyada ve özellikle Orta Doğu'da yaşanan siyasi olaylar, bu coğrafyada iç karışıklıklara ve çatışmalara neden olmuştur. Bu süreçte Mart 2011'de başlayan ve "Arap Baharı" olarak adlandırılan, Türkiye'nin en önemli komşu ülkelerinden biri konumunda bulunan Suriye de, bu olaylardan etkilenmiştir. Suriye'de yaşanan bu olaylar sonucunda ülkede iç savaş başlamış ve o yıl itibariyle 20,86 milyon olan nüfusunun yaklaşık 10 milyona yakını yer değiştirmek zorunda kalmıştır. Yer değiştirmelerde 5 milyondan fazla insanın komşu ülkelere sığınmacı olması ile bu sorun büyümüş ve özellikle Türkiye'yi de etkilemiştir (Ertan, Ertan 2017).

Suriye'den mülteci akışı, Türkiye'ye 29 Nisan 2011 tarihinde çatışmalardan kaçan 250-300 kadar Suriye vatandaşının sığınma talebinde bulunması ile başlamıştır. Türkiye, 2009 yılında Suriye ile karşılıklı olarak almış olduğu vizeleri kaldırma kararı kapsamında mülteci krizi karşısında "açık kapı" politikasını benimsemiş ve sığınmacıların barınması için başta Hatay ilinde olmak üzere çeşitli illerde kamplar kurmuştur (İhlamur 2014). Suriyeli mültecilere bu kamplarda çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından öncelikle barınma ve güvenlik olmak üzere beslenme, eğitim ve sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, Nisan 2011 yılından itibaren Türkiye'ye gelen Suriyeli mültecilerin, Haziran 2019 yılı itibari ile Türkiye'deki mevcut durumlarını irdelemek, bu sekiz yıl içerisinde Türkiye'nin sunmuş olduğu sağlık hizmetleri ile uygulamış olduğu sağlık politikalarının aşamaları, uygulanma süreci ve sonuçlarını incelemektir. Araştırmanın ilk bölümünde, Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin mevcut durumu analiz edilmiş olup, ikinci bölümde Suriyeli mültecilere yönelik sunulan sağlık hizmetleri ve politikaları incelenmiştir. Araştırmanın son bölümünde ise mültecilerle ilgili genel bir değerlendirme yapılmış ve önerilerde bulunulmuştur. Literatürde özellikle göç ve politika ile ilgili çalışmalar olmasına karşın Suriyeli mültecilere yönelik sunulan sağlık hizmetleri ve uygulanan politikaları kapsayan çalışmaların az olmasından dolayı literatüre katkı sağlayacağı söylenebilir.

2. TÜRKİYE'DEKİ SURIYELİ MÜLTECİLERİN MEVCUT DURUM ANALİZİ

Suriye'den Türkiye'ye ilk göç dalgası Nisan 2011 yılında başlamış, Türkiye bu tarihten itibaren "açık kapı politikası" uygulayacağını ilan etmiştir (ORSAM 2015). Mültecilerin hukuki durumuna ilişkin 1951 Cenevre Sözleşmesi'ne taraf olan Türkiye, bu sözleşmeyi "coğrafi sınırlama" çekincesi ile kabul etmiştir (Oytun vd. 2014). Cenevre Sözleşmesi'ne göre, sadece Avrupa'dan gelip iltica edenlere "mülteci" statüsü verilebilmekte, Avrupa dışından gelenler ise "geçici koruma" statüsü ile kabul edilmektedir. 2011 yılından itibaren Türkiye'ye gelen Suriyeliler, İçişleri Bakanlığı'nca 1994 Yönetmeliği'nin 10. maddesi gereği "geçici koruma" statüsüne alınmıştır. 30 Mart 2012 tarihli, 62 sayılı Türkiye'ye toplu halde gelen Suriye Vatandaşlarının Kabulüne ve Barındırılmalarına İlişkin Yönerge, Suriye vatandaşları için yapılan önemli bir düzenleme olup bu yönerge ile "geçici koruma" altında oldukları kabul edilmiştir (URL 1).

Suriyeli sığınmacıların kamplara yerleştirilmesi sürecinde Türk Kızılay'ı ile birlikte önemli bir sorumluluk alan kurumlardan birisi Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'dır. Göç dalgası ile

İlgili ilk açıklama AFAD tarafından 14 Haziran 2011 tarihinde yapılmıştır. AFAD'ın verilerine göre 2018 yılında Türkiye'de toplam Suriyeli sayısı 3.577.792 iken Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 04.04.2019 tarihi verilerine göre geçici barınma merkezlerinde kalanların sayısı 139.833, geçici barınma merkezleri dışında kalan Suriyeli sayısı 3.490.934 olmak üzere toplam 3.630.767'dir (AFAD 2018 ve URL 1).

Geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin 04.04.2019 tarihi itibarı ile yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Suriyelilerin yaş ve cinsiyet dağılımları incelendiğinde erkeklerin sayısı 1.968.401 iken kadın nüfusunun 1.662.366 olduğu, Suriyeli sığınmacıların ağırlıklı olarak genç ve çocuk nüfustan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 1. Geçici Koruma Kapsamında Kalan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
0-4	258.806	241.782	500.588
5-9	258.248	243.111	501.359
10-14	201.405	186.654	388.059
15-18	148.970	123.195	272.165
19-24	319.676	229.599	549.275
25-29	207.686	147.234	354.920
30-34	171.811	125.573	297.384
35-39	121.697	95.586	217.283
40-44	80.433	70.737	151.170
45-49	59.582	56.623	116.205
50-54	48.301	46.022	94.323
55-59	33.647	33.840	67.487
60-64	23.588	24.201	47.789
65-69	15.619	16.141	31.760
70-74	8.860	9.458	18.318
75-79	4.975	6.150	11.125
80-84	2.750	3.436	6.186
85-89	1.529	1.988	3.517
90+	818	1.036	1.854
Toplam	1.968.401	1.622.366	3.630.767

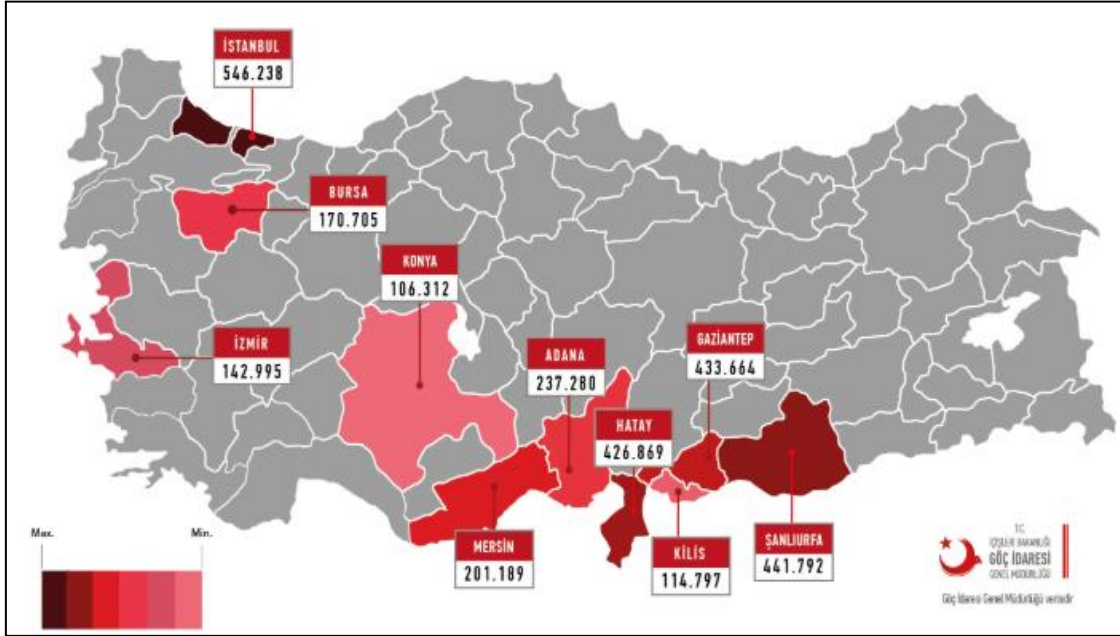
Kaynak: <http://www.goc.gov.tr>, 2019.

Bölgedeki Suriyeli mültecilerin büyük bir kısmını oluşturan Suriyeli çocukların eğitime katılım durumları incelendiğinde, 2015 yılı sonu itibarıyla %90'larda olmasına karşın, bu çocuklar ülkedeki Suriyeli mülteci çocukların yalnızca %13'ünü oluşturmaktadır. Geçici barınma merkezleri dışında ise eğitim kurumlarına kayıt oranı %25'ler seviyesindedir. Yapılan çalışmalara göre Türkiye'de yaşayan Suriyeli çocuklar eğitim hayatlarının ortalama iki yılını kaybetmektedir. (Yonca 2015).

Suriyelilerin geçici barınma merkezlerine göre dağılımı incelendiğinde Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 04.04.2019 tarihli verilerine göre, 8 ilde 13 barınma merkezi bulunmaktadır. Bu barınma merkezlerinde kalan toplam Suriyeli sayısı 139.833'tür. Şanlıurfa'da 41.412, Adana'da 27.022, Kilis'te 14.705, Kahramanmaraş'ta 13.634, Hatay'da 16.622, Osmaniye'de 14.096, Malatya'da 8.728, Gaziantep'te 3.614 Suriyeli mülteci kalmaktadır.

Kamp dışında yaşayan Suriyeliler, Türkiye'nin 72 farklı ilinde kendi olanakları ile sürekli olmayan işlerde çalışarak, sokaklarda dilenerek ya da sosyal yardım alarak yaşamlarını sürdürmektedirler. İstanbul'dan sonra en fazla Suriyelinin bulunduğu Gaziantep'te 220 bin civarında mülteci bulunmaktadır. İstanbul, Gaziantep, Hatay ve Şanlıurfa' da bir milyona yakın Suriyeli bulunmaktadır (Kap 2014). Geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin ilk 10 ile göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı



Kaynak: <http://www.goc.gov.tr>, 2019.

Suriyelilerin 2014-2019 yılları arasında üçüncü ülkelere yeniden yerleştirilme durumlarına ilişkin veriler incelendiğinde en fazla mülteci yerleştirilen ülke Kanada'dır (6771). İkinci sırada ABD (3920) gelmektedir. En fazla mülteci yerleştirilen ülkeler sırasıyla İngiltere (1952), Norveç (1926), İsveç (168), Avustralya (115), Avusturya (58), Belçika (46), Lüksemburg (46) ve Romanya (43) kişidir (URL 1). Suriyeli mültecilerin ağırlıklı olarak Amerika kıtasına yerleştirildiği görülmektedir.

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 2019 yılı verilerine göre birebir formülü kapsamında Türkiye'den çıkış yapan toplam Suriyeli sayısı 21.305'dir. En fazla çıkış yapılan ülke Almanya'dır (7.667). Sırasıyla en fazla çıkış yapılan diğer ülkeler şöyledir: Fransa (3.849), Hollanda (3.791), Finlandiya (1.536), İsveç (1.315), Belçika (1.159), İspanya (602), İtalya (382), Avusturya (213), Lüksemburg (206), Portekiz (175), Hırvatistan (152), Litvanya (102), Estonya (59), Letonya (46), Slovenya (34), Malta (17).

Türkiye'deki Suriyelilerin mevcut durumu değerlendirildiğinde, gelenlerin ağırlıklı olarak genç nüfustan oluştuğu, aktif çalışma durumunda olan bu nüfusun Türkiye'de nasıl istihdam edileceği büyük bir önem arz etmektedir. Diğer bir önemli husus ise mültecilerin diğer ülkelere yeterince çıkışının olmadığı, BM ülkelerinin Suriyeli mülteci krizi ile ilgili yeterince sorumluluk almadığı ve yükü paylaşmadığıdır.

3. SURİYELİ MÜLTECİLERE YÖNELİK TÜRKİYE’NİN SAĞLIK POLİTİKALARI

Suriyeli mülteci göçünün başladığı 2011 yılından beri Türkiye, mültecilerin her türlü insani ihtiyaçlarını karşılama yönünde önemli adımlar atarak bu doğrultuda birçok uygulama başlatmıştır. Türkiye, ülkelerinden ayrılmak zorunda kalmış mülteciler için her türlü hizmeti sunma yönünde “açık kapı politikası” uygulamıştır.

Türkiye, Suriyeli mültecilerin kamu sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almak için özellikle 2013 yılından itibaren önemli adımlar atmıştır. Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminin temelini oluşturan mevzuatlar şu şekildedir (Diker 2018):

- Mülteciler 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun (2013) 91. Maddesinden türetilen ikincil bir mevzuat olan 29153 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği (2014) uyarınca geçici koruma altına alınmıştır.
- Geçici Koruma Yönetmeliği'nin (2014) 27. Maddesi, geçici koruma altındaki Suriyeli mültecilere sağlanacak sağlık hizmetlerini ayrıntılı olarak açıklamaktadır.
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun (2006) 60. Maddesi, mültecilerin ve vatansız kişilerin Türkiye genel sağlık sigortası sistemine erişimini güvence altına almaktadır.
- AFAD ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü (2014), geçici koruma sahiplerinin götürü bedele dayalı olarak sağlık hizmeti almalarının yolunu açmıştır.
- 2017 yılında Sağlık Bakanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK), geçici koruma sahiplerine ve uluslararası koruma altındaki mültecilere sunulan sağlık hizmetlerinin yönetişimi hakkında detaylı bilgi veren bir yönergeler hazırlayıp yayınlamıştır.

Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimi Geçici Koruma Yönetmeliği'nin 27. Maddesinde düzenlenmiştir. Bu madde kapsamında Suriyelilere sağlık hizmetleri geçici barınma merkezleri içinde ve dışında Sağlık Bakanlığı'nın kontrolü ve sorumluluğu altında çeşitli kurum ve kuruluşlar aracılığıyla koordineli bir şekilde verilebilmesi amacıyla “Sağlık Çalışma Grubu” ve “Destek Çalışma Grubu” oluşturulmuştur (Ekşi 2016; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016). Sağlık çalışma grubu üyesi kurumlar Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, SGK, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Türk Kızılayı, Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü, STK'lar, Suriye Geçici Hükümeti Sağlık Bakanlığı, AFAD ve Kalkınma Bakanlığı'dır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından Suriyelilere barınma merkezlerinde, poliklinik ve hastaneye sevk, acil sağlık hizmetleri, bağışıklama, aşılama, bebek ve gebe takip sistemi, bulaşıcı hastalık takibi, çevre sağlığı hizmetleri, su hijyeni ve sanitasyon, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, çocuk ve ergen sağlık hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, tüberkülozla mücadele hizmetleri, kansere yönelik hizmetler ve diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır (AFAD 2017).

Suriyelilere geçici barınma merkezlerinde sağlık hizmeti, çadır ve konteynır kamplarda, sahra hastanelerinde ve polikliniklerde sunulmaktadır. Geçici barınma merkezleri dışı sağlık hizmetleri; toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak açılan Göçmen Sağlığı Birimleri tarafından verilmektedir. Suriyelilerin sağlık hizmetini alabilmesi için yabancı tanıtma belgesini ibra etmeleri zorunludur. Hasta, öncelikle ikamet ettiği

ilde sağlık hizmeti almaktadır. Sunulan sağlık hizmeti SUT kapsamında ve ücretsiz olarak verilmektedir (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016). Sunulan sağlık hizmeti bedeli, Sağlık Bakanlığı kontrolünde, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş olan sağlık uygulama tebliğindeki bedeli geçmeyecek şekilde AFAD tarafından ödenmektedir (Ekşi 2016).

Toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak açılan Göçmen sağlığı Birimleri 05.02.2015 tarihli Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğine istinaden kurulmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2016 yılı verilerine göre 17 ilde 50 göçmen sağlığı merkezi içinde 64 adet birim bulunmaktadır. Tablo 2'de Göçmen Sağlığı Merkezleri'nin bulunduğu iller ve sayıları görülmektedir (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016).

Tablo 2. Göçmen Sağlığı Merkezleri

Bulunduğu İl	Merkez Sayısı	Birim
Ankara	4	5
Bursa	2	4
Edirne	1	1
Hatay	1	2
Mersin	1	1
İstanbul	14	14
İzmir	5	5
Kayseri	1	1
Kahramanmaraş	1	2
Kilis	2	2
Adana	3	3
Adıyaman	4	4
Osmaniye	1	1
Mardin	5	6
Konya	2	3
Malatya	1	1
Şanlıurfa	10	10
Toplam	50	64

Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016.

Suriyeli mültecilerin Türkiye'ye sığınmasından sonra bulaşıcı hastalıkların yayılması engellemek amacıyla Suriyeli bebek ve çocuklara, aşı takvimine uygun olarak bağışıklama çalışmaları yapılmaktadır.

Bununla beraber Suriye'de görülen polio (çocuk felci) şüpheli vakalardan ve Türkiye'ye getirilen vakalardan alınan örneklerde vahşi polio üremesi, bu hususun DSÖ tarafından da eşzamanlı olarak teyit edilmesi sonucunda risk değerlendirmesi yapılarak destek aşılması çalışmaları başlatılmıştır. Bu kapsamda 5 yaş altında 5.365.000 yerli, 755.000 yabancı (çoğunluğu Suriyeli) çocuk aşılanmıştır. 5-15 yaş arasında ise, 327.693 yerli, 129.872 yabancı (çoğunluğu Suriyeli) çocuğun aşılanması sağlanmıştır. Genel toplamda çocuk felci aşısı uygulanan 0-15 yaş arası aşılanan yerli çocuk sayısı 9.403.319, yabancı çocuk sayısı 884.872'dir (çoğunluğu Suriyeli) (Polio Aşı Kampanyası kapsamında), (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016).

Suriyeli mülteci akımının başladığı 2011 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı ile birlikte önemli bir rol üstlenen AFAD tarafından geçici barınma merkezlerinde bulunan yaklaşık 139.833 kişiye çeşitli sağlık hizmetleri sunulmaktadır. AFAD'ın (2017) raporuna göre 10 geçici barınma merkezinde 124 doktor ve 162 sağlık personeli ile sağlık hizmeti sunmuştur. AFAD'ın Türkiye geneli sağlık hizmeti verileri incelendiğinde 31.449.800 poliklinik hizmeti, 918.964 kişiyi hastaneye sevk ettiği, 1.326.849 hastanede yatan kişiye, 276.158 kişiye doğum ve 1.112.058 kişiye ameliyat hizmeti vermiştir.

Sağlık Bakanlığı ile birlikte Suriyeli mültecilere sağlık hizmetini sunan diğer bakanlık Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'dır. Bakanlık, kendi görev tanımı çerçevesinde geçici korunma statüsü sahibi Suriyelilere bakım, rehabilitasyon, psiko-sosyal destek, sosyal yardım, koruyucu ve önleyici hizmetler sunmaktadır. Sunulan hizmetlerin temel amacı, Suriyelilerin mevcut durumla baş etme mekanizmalarını geliştirmek, bireyler ve aileler arasında sosyal ağların onarılmasını sağlamaktır. Bu kapsamda Bakanlık tarafından Hatay, Kilis, Gaziantep, Osmaniye, Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Adıyaman, Adana, Malatya ve Mardin illerinde bulunan toplam 26 geçici barınma merkezinde Suriyelilere psiko-sosyal destek hizmeti verilmektedir. 10 ilde 26 barınma merkezinde 2014 yılında yaklaşık 16.000 kişiye, 2015 yılında başta çocuklar olmak üzere, kadın, engelli ve yaşlılara yaklaşık 70.000 kişiye, 2016 yılı ilk 8 ayı itibarıyla yaklaşık 16.000 kişiye psiko-sosyal destek hizmeti sunulmuştur (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2016).

Geçici koruma altında bulunan Suriyelilerin sağlık hizmeti alımı sırasında yaşadığı en önemli problemlerden birisi dil sorunudur. Bu sorunun çözümü için özellikle sağlık hizmetlerinin sunulduğu yoğun başvuru yapılan birimlerde tercümanlar aracılığıyla çözülmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise dil konusunda yaşanan anlaşmazlıkların önüne geçmek amacı ile "Uluslararası Hastalar için Tercümanlık Hattı" kurmuştur (OHSAD 2017). Bununla birlikte göçmenlere sağlık hizmeti sunan sağlık insan gücüne AFAD, DSÖ ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği tarafından eğitimler verilmiş ve halen devam etmektedir (URL 2).

Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumların almış oldukları tedbirlerin yanında bazı kuruluşlar da kendi imkânları ile Suriyelilerin sağlık problemlerini giderici tedbirler almaktadır. Sınır ötesi sağlık hizmetleri konusunda önemli hizmetler vermiş Yeryüzü Doktorları tarafından başlatılan proje kapsamında "İstanbul'daki Bezmialem Hastanesi'nin Fatih Polikliniğinde mesai bitiminden sonra dil değişmekte ve Türk doktorların yerini Suriyeli meslektaşları olarak Suriyeli mültecilere sağlık hizmeti verilmektedir. Projenin temel amacı, Suriyeli sığınmacıların tedavilerini kendi dillerinde görmesini sağlamaktır (URL 3).

Suriyeli mültecilere sağlık hizmeti sunmak amacı ile Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi" başlıklı bir proje başlatılmıştır. Projenin genel amacı, Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyeli nüfusun sağlık statülerinin iyileştirilmesidir. Özel amaçları ise Suriyeli nüfus oranının en yoğun ve/veya sayısının en yüksek olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerinin verilmesinin ve bu hizmetlere erişimin sağlanması ve 2019 yılı sonu itibarıyla, Suriyeli nüfus arasında sağlık hizmetleri talebinin artırılmasıdır.

Proje kapsamında öncelik verilen iller Ankara, Adana, Adıyaman, Bursa, Hatay, İzmir, İstanbul, Gaziantep, Mardin, Mersin, Kahramanmaraş, Kilis, Osmaniye, Şanlıurfa, Konya, Kayseri,

Malatya, Kocaeli, Batman, Diyarbakır, Burdur, Elazığ, Denizli, Nevşehir, Muğla, Manisa, Sakarya ve Samsun'dur. Projede temel faaliyetler şunlardır (URL 4);

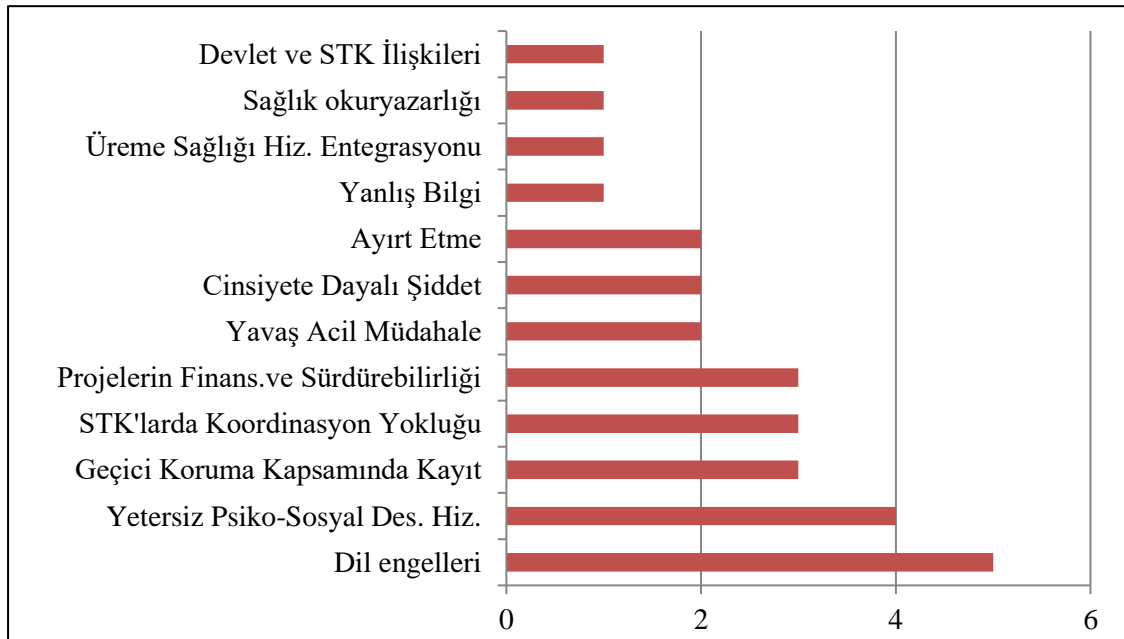
- Suriyeli mülteci nüfusunun en yoğun olduğu illerde ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi amacıyla ruh sağlığı merkezlerinin kurulması, mülteci çocuklar ve kadınların sağlığını korumak amacıyla vitamin/mineral takviyesi, doğum kontrol malzemeleri ve aşı desteği sağlanması,
- Ulaşılması güç mülteci topluluklarına mobil sağlık hizmetleri sunulması,
- Suriyeli mülteci nüfusunun en yoğun olduğu illerde ikinci basamak sağlık kurumları ve yoğun bakım ünitelerine tıbbi ekipman ve araç-gereç tedarik edilmesi,
- Sağlık hizmet sunucuları ve sağlık araçlarına eğitim verilmesidir.

4. SURIYELİLERİN SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİMİNDEKİ TEMEL SORUNLAR

Suriye mülteci krizinin başladığı 2011 yılından bu zamana kadar Türkiye, Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda ciddi katkılar sağlamıştır. Bununla birlikte halen günümüzde mülteciler ile ilgili sahada karşılaşılan çeşitli problemler bulunmaktadır.

Cloeters ve Osseiran tarafından 2019 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerini alımı sırasında karşılaştığı temel sorunlar Şekil 1'de gösterilmiştir. Buna göre, Suriyelilerin sağlık hizmeti alımı sırasında karşılaştığı en büyük problem dil engeldir. İkinci büyük problem ise yetersiz psiko-sosyal destek hizmetleridir. Bu problemleri sırasıyla kayıt sırasında karşılaşılan problemler, yapılan projelerin finansmanı ve sürdürülebilirliği, yavaş müdahale, cinsiyete dayalı şiddet, yanlış bilgi, sağlık okuryazarlığı ve devlet ve STK ilişkileri takip etmektedir.

Şekil 2. Suriyelilerin Karşılaştığı Temel Sorunlar



Suriyelilerin sağlık hizmetine ulaşımındaki en büyük problem dil engelidir. Sağlık kurumlarında profesyonel çevirmenlerin olmaması, sağlık hizmetinde aksaklıklara neden olmaktadır Suriyeliler bu problemi çözmek için hastaneye başvuru sırasında arkadaşları ile gelmekte veya muayene sırasında arkadaşlarından telefonda yardım almaktadırlar. Bununla birlikte birçok hekim telefonda çevirinin yanlış tercüme edileceği endişesi ile bunu kabul etmemektedir. Dil engeli sadece hastanede değil, aynı zamanda randevu alımı sırasında da problem olmaktadır (Cloeters, Osseiran 2019).

Suriyeli mülteciler, hizmet sunan kişilerden dolayı da sağlık hizmetine erişimde birtakım problemler yaşamaktadırlar. Sağlık sunucularının tutumları, sağlık çalışanlarının ilgisizliği, ayrımcı uygulamaları, dil, kültürel farklılıklar, göç eden bireylerin özel gereksinimleri konusunda farkındalığının ve deneyimin az olmasıdır (Beşer ve Kerman, 2017).

Suriyeli mülteciler birincil düzeyde hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmada da çeşitli problemler ile karşılaşmaktadırlar. Bunlar: aile hekimleri Arapça bilmedikleri için, Suriye'den gelenlerle iletişim kurmakta sorun yaşamaktadırlar (Karaca ve Doğan, 2014). Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin hareketliliği sağlık hizmetleriyle ilgili diğer bir önemli konudur. Toplum sağlığı merkezleri, hamile kadınları, bebekleri ve kronik hastalıkları olan hastaları gerektiği gibi takip etmekte zorlanıyor, çünkü Suriyeli mülteciler genellikle bir ilden diğerine taşınmaktadır (Ekmekçi, 2016). Aile hekimleri, kendilerine başvuran Suriyeli ailelere ulaşmada ve onlarla iletişim kurmada sorun yaşayacağını düşündüğü için kendine kayıt yapmak istememektedir. Çünkü kendine kayıt yaptığı kişinin temel sağlık hizmetlerini veremediği zaman performans kesintileri olmaktadır. Bölgede var olan aile hekimliği pozisyonları 4000 sınırında kişi kaydı yaptıkları için, aile hekimleri daha fazla kişiyi kayıt yaparak iş yükünü artırmak istememektedir. Çünkü daha fazla kayıt aile hekimlerinin iş yükünü artırırken, gelirlerini artırmamaktadır. Var olan aile hekimliği pozisyon sayısı bu gereksinimi karşılamaktan uzaktır (Karaca ve Doğan, 2014).

Geçici Koruma Yönetmeliği'ne göre, mülteciler birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine erişebilmekte fakat psiko-sosyal desteğe erişim açıkça belirtilmemiştir. Yönetmelikteki bu eksiklik, Suriyeli mülteciler arasında yüksek oranda karşılaşılan zihinsel sağlık sorunlarının yaygınlaşmasına neden olmaktadır (Alpak 2015). Cloeters ve Osseiran (2019) tarafından yapılan çalışmada İstanbul'da psikiyatri bakımına adanmış sadece üç ana hastanenin bulunduğu ve bu hastanelerden hiçbirinin Arapça bilen tıbbi personelinin olmadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte çalışmada, Türkiye'deki sağlık profesyonellerinin genel olarak zihinsel rahatsızlığı bulunan mültecilerle ilgilenmek için eğitilmiş olmadığı vurgulanmıştır.

Suriyeli mülteciler arasında en dezavantajlı gruptan birisi kadınlardır. Özellikle kadınların, eşinden izinsiz dışarıya çıkamaması, sistem hakkında bilgisizliği, dil bilmemesi gibi durumlar koruyucu hizmetlere ulaşmasını engellemektedir. (Beşer ve Kerman, 2017). Bununla birlikte Türk Tabipler Birliği'nin raporuna göre ziyaret yapılan evlerde çok sayıda gebe ile karşılaşılmış ve bu kadınların herhangi bir sağlık hizmetine erişemedikleri saptanmıştır. Sağlık hizmetlerine sadece doğum anında ulaşım şansı olan bu kadınların gebelik ya da doğum sürecinde yaşamlarını kaybetmeleri, anne ve bebek ölümlerinin yaşanması gibi kötü sonuçlarla karşılaşılması muhtemeldir (Türk Tabipler Birliği Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu 2014).

Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişiminde kilit rol oynayan diğer bir unsur geçici koruma kapsamında kayıt olmalarıdır. Suriyelilerin sağlık hizmeti alımı sırasında geçici koruma kimlik belgesine veya en azından bu belgeyi almak için başvuru yapmış olmaları şartı aranmaktadır

(Cloeters, Osseiran 2019). Herhangi bir kaydı bulunmayan mülteciler sağlık hizmetine ulaşımında problem yaşamaktadırlar.

Suriyeli mültecilerin Türkiye'deki kayıt dışı istihdamı da sağlık durumları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Özellikle iş kazalarında herhangi bir hak iddia edememektedirler. 2016 yılından bu yana kayıt altındaki Suriyeli mültecilerin çalışma izni almaları mümkün ancak süreç uzun sürmekte ve işverenlerin çoğunun da izin başvurusunda bulunmaları gerekmektedir. Bununla birlikte birçok işveren çalışma izinleri için başvuru yapmak istememektedirler. Çünkü kayıt dışı istihdamın işverene mali yükü daha düşüktür (URL 5). Dolayısıyla mültecilerin kayıt dışı istihdamı sağlık hizmetlerine ulaşımındaki bir diğer büyük engeldir.

5. DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Son yıllarda özellikle Orta Doğu'da yaşanan siyasi istikrarsızlıklar, birçok ülkeyi etkilemiş ve çatışmaların yaşanmasına neden olmuştur. Karışıklıklar ve çatışmaların yoğun olarak yaşandığı ülkelerden birisi de Suriye'dir. 2011 yılında başlayan siyasi çatışmalar 2019 yılı itibari ile halen devam etmektedir. Bu çatışmaların etkisi ile Suriyeli vatandaşlar ülkelerinden göç etmek zorunda kalmış ve komşu ülkelere sığınma talebinde bulunmuşlardır.

Geçmişten günümüze dünyada yaşanan siyasi istikrarsızlıklar ve çatışmalar neticesinde ülkelerinden ayrılmak durumunda kalmış kişilere ev sahipliği yapan en önemli ülkelerden birisi Türkiye'dir. 2011 yılında Suriye'deki çatışmaların etkisi ile 3 milyona yakın Suriyeli Türkiye'ye göç etmek zorunda kalmıştır. Türkiye geçmişte olduğu gibi Suriyeli mültecilere tüm insani yardımları sağlamak üzere Cenevre Sözleşmesi kapsamında yardım kapılarını açmış ve Geçici Koruma Yönetmeliği'nin 1. Maddesine dayanarak Suriyelilerin hayati ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmıştır.

Türkiye'de 2019 yılı itibari ile resmi kayıtlara göre yaklaşık 4 milyon Suriyeli sığınmacı bulunmakta fakat kayıt altına alınamayanlar düşünüldüğünde bu sayının daha fazla olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Göçün başladığı ilk zamanlar bu problemin geçici bir durum olarak görüldüğü fakat yıllar içerisinde bu sorunun kalıcı olduğu ve uzun vadeli planlamaların yapılması gerektiği anlaşılmıştır. 2011 yılında başlayan göç halen Suriye'deki siyasi çatışmaların bitmemesi nedeni ile devam etmekte ve Türkiye'yi ekonomik, siyasal ve sosyal yönden ciddi derecede etkilemektedir.

TBMM Göç ve Uyum Raporu'na göre Aralık 2017 yılı itibari ile 3,4 milyon geçici koruma altındaki Suriyeliler için 30 milyar dolarlık bir harcama yapılmıştır. Bu harcamaların bir kısmı doğrudan faturalandırılırken, bir kısmının da doğrudan faturalandırılması mümkün olmayan hizmetlerin maliyeti olduğu, dolayısıyla bu rakamın daha yüksek olduğu düşünülmektedir (URL 2; URL 6). Bununla birlikte Suriyeli mülteci akımının başladığı tarihten itibaren Türkiye'ye her türlü ekonomik destek sağlayacağını ifade eden BM'in toplam aktardığı kaynak 600 milyon dolar civarında kalmıştır. AB ise 2017 sonuna kadar 3 milyar Euro, 2018 sonuna kadar da 3 milyar Euro olmak üzere Suriyeliler için destek olacağını ifade etmesine rağmen, bu güne kadar 850 milyon Euro aktarmıştır (URL 6). TBMM Göç ve Uyum Raporu'nun verileri çerçevesinde Türkiye'nin Suriyeli mültecilerden dolayı ortaya çıkan ekonomik maliyetin çok büyük bir kısmını kendi fonları aracılığıyla karşıladığı görülmektedir. Bununla birlikte Türkiye için ciddi derecede ekonomik bir yükü olan Suriyeli mültecilerin ihtiyaçlarının karşılanmasında, BM ve AB'nin üstüne düşen sorumluluğu getirmediği görülmektedir.

Suriyelilerin Türkiye'deki bir diğer etkisi de sağlık hizmetleri alanında yaşanmaktadır. Mültecilerin Türkiye'ye gelişi ile birlikte daha önce görülmeyen bulaşıcı hastalıkların tehdit oluşturduğu bilinmektedir. Örneğin mülteci akınından sonra Türkiye'de 2012 yılında 349 olan kızamık vakası, 2013 yılında 7405 olarak gerçekleşmiştir (TTB, 2016). Mültecilerin sağlık hizmetleri alanındaki bir diğer etkisi, sağlık hizmetine olan talebi artırması ve yerel halkın hizmete erişimde problemler yaşamasına neden olmasıdır. Aslan vd. tarafından 2016 yılında Kilis ilinde yapılan bir araştırmada, Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetleri alanındaki en büyük etkisinin hizmet yoğunluğuna ve dolayısıyla kaynak yetersizliğini artırdığına ve verimliliği derinden etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye'deki Suriyeli mülteci konusu tüm yönleri ile uluslararası bir sorun olup, bunu çözmek için her türlü çaba gösterilmelidir. Küresel İnsani Yardım 2017 Raporu'na göre, Türkiye 2016 yılında 6 milyar ABD doları tutarında insani yardım yaparak, ABD'nin ardından en çok uluslararası insani yardım yapan ikinci ülke konumuna gelmiştir. Türkiye 2016 yılında ayrıca, mili gelirinin %0,75'ni insani yardım için ayırarak, bir kez daha, "Dünya'nın En Cömert Ülkesi" olmuştur (AFAD, 2017). Bununla birlikte Suriye meselesi sadece mültecilerin temel ihtiyaçlarının karşılanması ve güvenlik önlemlerinin sağlanmasının ötesinde ileri bir boyuttur. Dolayısıyla mültecilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik uzun vadeli planlamaların yapılması gerekmektedir. Türkiye'nin özellikle planlama yaparken şu hususları dikkate alması son derece önem arz etmektedir. Bunlar:

- Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin kalış süreleri ile ilgili orta ve uzun vadeli gerçekçi planlamalar yapılmalıdır.
- Yerel halkın sağlık hizmetine erişimindeki engeli ortadan kaldırmak için yeni hastane yatırımları yapılmalı ve sağlık insan gücü açığı kapatılmalıdır (ORSAM 2015).
- Hastanelerde yaşanan dil problemlerini çözmek için tercümanlık açısından hizmet edecek rehberlik servislerinin oluşturulması, hasta randevu hattının (182) geçici koruma altındaki Suriyelilere hizmet verebilecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.
- Suriyelilerin başta sağlık hizmeti olmak üzere faydalanabilecekleri bütün hizmetler için başvurabilecekleri koordinasyon merkezleri kurulmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının Suriyeli mültecilere karşı olumsuz algılarını düzeltmek için Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde yerel yönetimler, üniversiteler, mesleki kuruluşlar ve STK'ların desteği ile sağlık çalışanlarına psiko-sosyal destek verilmelidir.
- Sağlık sistemini olumsuz etkileyen kayıt dışı istihdamı engellemek için çalışma izinlerine ilişkin yasal düzenlemenin yapılması, denetleme mekanizmalarının işlerliğinin artırılması, istihdam üzerinden alınan vergilerin azaltılması gerekmektedir (Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2016).

Bu çalışmada, Nisan 2011 yılından itibaren Türkiye'ye gelen Suriyeli mültecilerin, Haziran 2019 yılı itibari ile Türkiye'deki mevcut durumları incelenmiş, bu sekiz yıl içerisinde Türkiye'nin sunmuş olduğu sağlık hizmetleri ile uygulamış olduğu sağlık politikalarının aşamaları, uygulanma süreci, mültecilerin Türkiye'ye etkileri ve sonuçları değerlendirilmiştir. Suriyeli mültecilerin durumunu ve uygulanan sağlık politikalarını daha iyi değerlendirebilmek için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- AFAD, (2017). “Türkiye’deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması Raporu”.
- AFAD (2018). “Geçici Barınma Merkezleri Raporu”, www.afad.gov.tr, (Erişim Tarihi: 05.03.2019).
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2016). Türkiye’de Geçici Koruma Statüsündeki Suriye Vatandaşlarına Yönelik Sosyal Uyum ve Psikososyal Destek Çalışmaları Koordinasyon ve Planlama Çalıştay Raporu.
- Alpak, G. (2015) “Post-Traumatic Stress Disorder Among Syrian Refugees In Turkey: A Cross-Sectional Study,” *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19 (1).
- Aslan, Ş. Sünbül, F. ve Güzel, Ş. (2018) “Mültecilerin Kilis Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi”. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1(1), 48-58.
- Beşer, A. ve Kerman, K. (2017) “ Göç Eden Bireylerin Öncelikli Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetine Ulaşımındaki Sorunlar”. *Türkiye Klinikleri*, 3 (3), 143-148.
- Cloeter, G. ve Osseiran, S. (2019) “Healthcare Access For Syrian Refugees In Istanbul: A Gender-Sensitive Perspective”, *Workshop Report*.
- Diker, E. (2018) “Türkiye’deki Suriyeli Mültecilerle İlgili Kaynakçalar: Sağlık”, Koç Üniversitesi Göç Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, FMRC Serisi No:1.
- Ekşi, N. (2016) “Suriyelilerin Hukuki Statüsü ve Suriyelilere Sağlanan Hizmetler” Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Ekmekçi, P.E. (2016) “Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey”, 19 (6), 1434- 1441.
- Ertan, K. ve Ertan, B. (2017) “Türkiye’nin Göç Politikası”, *Contemporary Research In Economics and Social Sciences*, 1(2), 9-35.
- Gültaç, A. ve Balçık, P. (2018) “Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları”, *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 193-204.
- Ihlamur, S. (2014) “ Türkiye’nin Suriyeli Mültecilere Yönelik Politikası”, *Ortadoğu Analiz*, 6(61), 42-45.
- Kap, D. (2014) “Suriyeli Mülteciler: Türkiye’nin Müstakbel Vatandaşları. *Akademik Perspektif*”, 30-34.
- Karaca, S. ve Doğan, U. (2014) “Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştay Sonuç Raporu”.
- OHSAD <http://ohsad.org/uluslararasi-hastalar-icin-tercumanlik-hatti-444-47-28-konulu-duyuru/> (Erişim Tarihi:10.04.2019)
- Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi (ORSAM), (2015). “Suriyeli Sığınmacıların Türkiye’ye Etkileri”, Rapor No:195.
- Oytun, O. Pirinççi, F. Erkmen, S. Maden, T. E. Kılıç, S. Duman B. ve Özdemirci A. S., (2014) “Suriye’ye Komşu Ülkelerde Suriyeli Mültecilerin Durumu: Bulgular, Sonuçlar ve Öneriler” (No: 189). Ankara:

ORSAM. [http://www.orsam.org.tr/eski/tr/trUploads/Yazilar/ Dosyalar/201452_189tur](http://www.orsam.org.tr/eski/tr/trUploads/Yazilar/Dosyalar/201452_189tur). (Erişim Tarihi: 15.05.2019).

Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2016). "Suriyeliler Koordinasyon ve Planlama Çalışmayı.

Türk Tabipler Birliği Yayınları, (2016). "Savaş, Göç ve Sağlık Raporu".

Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. Birinci Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara 2014. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf> Erişim:05.09.2019.

URL 1: <http://www.goc.gov.tr>, (Erişim Tarihi: 08.03.2019).

URL 2: <http://aa.com.tr>, (Erişim Tarihi: 21.04.2019).

URL 3: CNN Türk, 18 Nisan 2016 Bezmialem Hastanesinde Suriyeli Doktorlar, <http://www.cnnturk.com/video/turkiye/bezmialem-hastanesi-aksamlari-suriyeli-doktorlar-vehastalarina-aiturk> (Erişim Tarihi: 06.05.2019).

URL 4:<https://www.avrupa.info.tr>, (Erişim Tarihi: 15.05.2019).

URL 5: <http://www.resmigazete.gov.tr>, (Erişim Tarihi: 14.05.2019).

URL 6:<https://t24.com.tr>, (Erişim Tarihi: 15.05.2019).

Yonca A. (2015) "Suriyeli Mülteci Durumuna Bölgesel Bakış Açısı", Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.



E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/pub/japss	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 25/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 31/03/2021

KORONAVİRÜS (COVID-19)'ÜN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE
ETKİSİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA



THE EFFECT OF CORONAVIRUS (COVID-19) ON HEALTH WORKERS: A
QUALITATIVE RESEARCH

Atıf/ to Cite (APA): Çetin, B., Deniz, D., Gemlik, H.N. ve Yazar, O. (2021). Koronavirüs (COVID-19)'ün Sağlık Çalışanları Üzerine Etkisi: Nitel Bir Araştırma, Journal of Academic Perspective on Social Studies, (1), 45-58

Burhan ÇETİN¹
Duygu DENİZ²
Hatice Nilay GEMLİK³
Onur YARAR⁴

DOI: <https://doi.org/10.35344/japss.902999>

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki muhtemel etkilerinin tespit edilmesidir. Bu tespiti yaparken Türkiye'nin sağlık haber portalı şeklinde isimlendirilen Medimagazin sitesindeki haberler içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Nitel türde yapılan bu çalışmada tarama yöntemi kullanılmış, ilgili literatürün yanı sıra Medimagazin haber sitesi incelenmiştir. Bu inceleme COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu muhtemel etkilerinin Medimagazin sağlık haberleri içerisinden taranması ile yapılacak olan içerik analizine dayanmaktadır. Araştırma Türkiye'nin sağlık haber portalı olarak isimlendirilen Medimagazin sitesindeki 10.03.2020 ile 10.05.2020 tarihleri arasında yayımlanan haberler incelenmiştir. Yapılan araştırma neticesinde bu haberler arasında 224 tanesinin sağlık çalışanları ile ilgili olduğu anlaşılmıştır. Böylece bu 224 haberin içerik analizi yapılmıştır. Bu haber metinlerinde COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerine çok sayıda olumlu ve olumsuz etki olduğu bulgularına rastlanmıştır. Sağlık çalışanları, COVID-19 pandemisi sürecinden gerek mesleki hayatları gerekse de sosyal hayatları açısından çok fazla etkilenmişlerdir. Bu etkiler sonucunda sağlık çalışanlarının hem mesleki hayatlarında hem de sosyal hayatlarında değişimler olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, sağlık çalışanları, pandemi.

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the possible effects of COVID-19 pandemic on health workers. Medimagazin news in this naming of the site identified in the form of news portal while Turkey's health was examined by content analysis method. In this qualitative study, the screening method was used, and the Medimagazin news site as well as the related literature was examined. This review is based on the content analysis to be conducted by scanning the possible effects of COVID-19 pandemic on health workers from Medimagazin health news. Research articles Turkey's health news portal named as the site

¹ Arş. Gör., Bingöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Bingöl, E-posta: bcetin@bingol.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3892-3129>

² Öğr. Gör., İstanbul Arel Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İstanbul, Türkiye. E-posta: duygudeniz@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-5754-9916>

³ Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, E-posta: ngemlik@marmara.edu.tr ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-5319-4070>

⁴ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, E-posta: onur.yazar@okan.edu.tr ORCID ID <http://orcid.org/0000-0001-9543-6891>

published between 10.03.2020 10.05.2020 date with Medimagazin were examined. As a result of the research, it was understood that among these news, 224 of them were related to health workers. Thus, content analysis of these 224 news has been done. In these news texts, it has been found that COVID-19 pandemic has many positive and negative effects on health workers. Health workers have been affected by the COVID-19 pandemic process in terms of both their professional and social life. As a result of these effects, it has been understood that there are changes in both professional and social lives of health workers.

Keywords: COVID-19, health workers, pandemic.

1. GİRİŞ

2019 Aralık ayında, Çin Halk Cumhuriyeti'nin Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde “bilinmeyen menşeli pnömoni” vakaları bildirilmiştir. Bu vakaların bildiriminden birkaç gün sonra Çin sağlık otoriteleri bu kümenin koronavirüs (Hui vd., 2020: 264) ile ilişkili olduğunu ve bunun neden olduğu hastalığa WHO tarafından 2019 Koronavirüs (COVID-19) hastalığı adı verilmiştir (Yang vd., 2020: 91).

Şiddetli solunum yolu sendromunun neden olduğu koronavirüs hastalığı COVID-19 pandemisi (SARS-CoV-2), etkilediği ülkelerin sağlık sistemlerine olumsuz etkilemiştir. 30 Nisan 2020 itibarıyla, pandemi 187 ülkede 230.000'den fazla ölümcül vaka ile 3,2 milyondan fazla insana bulaşmıştır (WHO 2020a). COVID-19 pandemisinin bulaşma yolları arasında hapşırma, öksürme, damlacık, ağız yolu ve temas gibi yollar bulunmaktadır (Peng vd., 2020: 1).

Sağlık çalışanları COVID-19 salgın müdahalesinin ön saflarında yer almaktadırlar ve bu nedenle onları enfeksiyon riskin ile karşı karşıya getiren tehlikelere maruz kalmaktadırlar (Wu ve McGoogan, 2020: 1241). Bununla birlikte, hızla gelişen COVID-19 salgını bağlamında, iş sağlığı ve güvenliği politika yapıcılarının, sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskle ilgili güncel sağlık bilgilerine zamanında erişmeleri gerekmektedir (Tricco vd., 2015: 1).

2. COVID-19

Koronavirüs, insanlarda ve diğer memelilerde yaygın olarak bulunan RNA virüsleridir (Richman vd., 2016: 1243). İnsanlarda koronavirüs enfeksiyonlarının çoğu hafif hastalıklara neden olsa da dünyada son yirmi yılda iki farklı betacoronavirüsün iki büyük salgını olmuştur. Bunlar; şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs (SARS-CoV) (Ksiazek vd., 2003) ve Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsüdür (MERS-CoV) (Zaki vd., 2012). Toplam olarak, bu iki salgın 10.000'den fazla kümülatif vaka ile sonuçlanmış ve ölüm oranları SARS-CoV için %10 ve MERS-CoV için %37'dir (WHO, 2019; WHO, 2020b). Şimdiye kadar tanımlanan koronavirüsler buzdağının ancak görünen kısmıdır ve daha pek çok koronavirüs çeşidi ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir (Huang vd., 2020: 504).

Çin'de ortaya çıkan ilk hastalarda viral pnömoniye benzeyen klinik semptomlar görülmüştür. Ülkenin vakaları tespit etme kapasitesi, patojenin erken tanınmasını ve doğrulanmasını kolaylaştırmıştır. Numunelerin viral genetik sekansı bunun yeni bir koronavirüs olduğunu göstermiştir (Zhu vd., 2020: 731). Bu virüs yeni koronavirüs (COVID-19) olarak adlandırılmış ve SARS CoV'ye %75-80 benzerlik gösterdiği doğrulanmıştır (WHO, 2020b). 24 Şubat 2020 itibarıyla yaklaşık 80.000 onaylanmış vaka görülmüştür (WHO, 2020c). 30 Ocak tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19'un patlak vermesini uluslararası endişe verici bir halk

sağlığı acil durumu olarak ilan etmiş ve bir dizi geçici tavsiyelerde bulunmuştur (WHO, 2020d). DSÖ COVID-19'u 11 Mart 2020 tarihinde 'Pandemi' olarak tanımlamıştır. Özel bir tedavi yöntemi veya aşısı mevcut olmayan COVID-19 için dünya genelinde tedavi yöntemi ve aşısı için çalışmalar devam etmektedir.

3. PANDEMİ

Pandemi, dünya genelinde çok sayıda ülkede ve birden fazla kıtada görülen ve etkili olan salgın hastalıklar için kullanılan bir terimdir (Til, 2020: 54).

Günümüzde tüm dünyada etkisini gösteren ve küresel pandemi olarak ilan edilen koronavirüs salgını gibi daha önce görülen pandemiler de bulunmaktadır. Bunlar; kara veba, kolera, İspanyol gribi, sars ve domuz gribi küresel salgınlardır (Çıragil, 2020).

Yeni bir salgın hastalık ilk ortaya çıktığında, insanların çoğunda bu hastalıkla mücadele etmek için doğal bağışıklık bulunmamaktadır. Bu salgın hastalıklar insanlar arasında, toplumlarda ve dünyada hızlı bir şekilde yayılabilmektedir. Bir hastalıkla mücadelede doğal bir bağışıklık yoksa bu hastalık insanlar arasında yayılmakta ve etkisini gösterebilmektedir (Healthline, 2020). Doğal bağışıklığın olmadığı hastalıklara karşı en büyük mücadele gücünün sağlık çalışanları tarafından oluşturulduğu söylenebilmektedir.

4. PANDEMİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Bir pandemi süreci planlarken birincil zorluk insan kaynakları yönetimidir. Enfeksiyonlar arttıkça riskleri dengeleyen hastaları ve sağlık çalışanlarını koruyan acil durum planlarının zamanında ve orantılı olarak uygulanmasını sağlamak için ulusal ve yerel olarak onkoloji ve hematoloji ekiplerinde açık komuta zincirleri ile güçlü liderliğe ihtiyaç duyulmaktadır (Willan vd., 2020: 226). COVID-19 pandemisinde, ön cephe sağlık çalışanları özellikle yoğun stres seviyeleri altında çalışmak zorundadır. Yoğun bakım ünitelerinde bazen uygun koruyucu ekipmana yetersiz erişimle hastaların tedavisi için çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Sağlık çalışanları süreç içinde hastalanan veya karantinaya alınan meslektaşlarının yokluğunda sağlık ihtiyacını telafi etmek için genellikle ek vardiyaları olarak çalışmaları gerekebilmektedir. Tipik tıbbi uzmanlık alanlarının dışında müdahale etmeleri istendiğinden tıbbi müdahalelere hızla adapte olmaları da gerekebilmektedir. Gün geçtikçe COVID-19'lu hastaların tedavisini optimize etmeli ve hastalarının ölüm oranını etkileyen karmaşık klinik ve etik kararları daha önce görülmemiş oranlarda yapmalıdırlar (Krystal ve McNeil, 2020: 639).

Türkiye sağlık sisteminde sağlık çalışanlarının ciddi bir şekilde çalıştıkları ve bu pandemi sürecinde çalışma sistemlerinde değişiklikler olduğu gözlemlenebilmektedir. Sağlık çalışanları pandemi sürecinde normal alıştıkları çalışma sistemlerinin dışında bir sistem ve yeni yöntemlerle çalışmak zorunda kalmışlardır. Sağlık çalışanlarının bu süreçten hem çalışma hayatları hem de özel hayatları bakımından etkilendikleri söylenebilmektedir.

5. METODOLOJİ

5.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu muhtemel etkilerinin tespit edilmesidir. Bu amaç doğrultusunda; etkileri halk sağlığı açısından küresel

sorunlar oluşturan pandemi ile ilgili Türkiye'nin sağlık haber portalı olarak isimlendirilen Medimagazin sitesinde Türkiye'de ilk COVID-19 vakasının görüldüğü tarihten itibaren ilk iki aylık (10.03.2020/10.05.2020) süreçteki haberler içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Bu çerçevede sağlık içerikli haber metinlerinde sağlık çalışanları üzerinde meydana gelen değişimleri belirten ifadelerin olup olmadığı araştırılmıştır.

5.2. Problem Cümlesi

COVID-19 pandemisi içerikli haberler sağlık çalışanları üzerinde oluşan etkileri yansıtmakta mıdır? sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

5.3. Evren ve Örneklem

Çalışmada COVID-19 ile ilgili ilk iki aylık (10.03.2020/10.05.2020) haberler evren olarak belirlenmiş ve bu çerçevede Türkiye'nin sağlık haber portalı olarak isimlendirilen Medimagazin sağlık haber sitesi örneklem olarak seçilmiştir.

Tablo 1. Dokümanlara ilişkin veriler

Doküman	Tarih	Kaynak
Doküman-1	12.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-2	12.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-3	12.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-4	13.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-5	14.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-6	14.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-7	15.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-8	16.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-9	16.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-10	16.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-11	16.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-12	17.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-13	17.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-14	18.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-15	18.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-16	18.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-17	18.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-18	18.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-19	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-20	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-21	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-22	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-23	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-24	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-25	19.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-26	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-27	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-28	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-29	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr

Doküman-30	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-31	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-32	20.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-33	21.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-34	22.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-35	22.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-36	23.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-37	23.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-38	23.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-39	23.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-40	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-41	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-42	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-43	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-44	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-45	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-46	24.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-47	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-48	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-49	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-50	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-51	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-52	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-53	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-54	25.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-55	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-56	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-57	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-58	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-59	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-60	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-61	26.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-62	27.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-63	27.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-64	27.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-65	27.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-66	27.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-67	28.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-68	28.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-69	28.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-70	29.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-71	29.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-72	29.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-73	29.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-74	30.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr

Doküman-75	30.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-76	30.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-77	30.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-78	30.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-79	31.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-80	31.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-81	31.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-82	31.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-83	31.03.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-84	01.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-85	01.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-86	01.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-87	01.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-88	01.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-89	01.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-90	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-91	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-92	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-93	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-94	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-95	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-96	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-97	02.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-98	03.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-99	03.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-100	04.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-101	05.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-102	05.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-103	05.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-104	05.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-105	06.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-106	06.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-107	06.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-108	06.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-109	07.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-110	07.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-111	07.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-112	07.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-113	08.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-114	08.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-115	08.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-116	09.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-117	09.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-118	09.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-119	09.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr

Doküman-120	09.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-121	09.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-122	10.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-123	11.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-124	11.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-125	12.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-126	12.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-127	13.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-128	13.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-129	13.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-130	14.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-131	14.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-132	14.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-133	14.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-134	14.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-135	14.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-136	15.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-137	15.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-138	15.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-139	15.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-140	16.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-141	16.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-142	16.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-143	16.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-144	17.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-145	17.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-146	17.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-147	18.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-148	18.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-149	18.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-150	18.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-151	19.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-152	19.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-153	20.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-154	20.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-155	21.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-156	21.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-157	21.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-158	21.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-159	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-160	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-161	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-162	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-163	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-164	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr

Doküman-165	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-166	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-167	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-168	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-169	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-170	22.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-171	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-172	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-173	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-174	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-175	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-176	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-177	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-178	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-179	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-180	23.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-181	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-182	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-183	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-184	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-185	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-186	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-187	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-188	24.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-189	25.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-190	27.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-191	27.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-192	27.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-193	27.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-194	28.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-195	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-196	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-197	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-198	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-199	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-200	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-201	30.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-202	30.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-203	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-204	29.04.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-205	01.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-206	01.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-207	05.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-208	05.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-209	05.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr

Doküman-210	05.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-211	07.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-212	07.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-213	07.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-214	07.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-215	08.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-216	08.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-217	08.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-218	08.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-219	09.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-220	09.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-221	11.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-222	11.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-223	11.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr
Doküman-224	11.05.2020	https://www.medimagazin.com.tr

5.4. Verilerin Analizi

Bu çalışmanın analiz yöntemi olarak COVID-19 haberlerinde görülen sağlık çalışanları üzerindeki etkinin sistematik bir şekilde incelenmesi amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden olan içerik analizi kullanılmıştır. Haber metinlerinin incelenmesi sonucunda; veriler önce kodlanmış daha sonra kodlanan veriler temalar şeklinde düzenlenmiştir. Düzenlenen bu temalar bulgularla raporlanıp yorumlanarak analiz yapılmıştır. Dokümanlar; Doküman-1, Doküman-2, Doküman-3 vd. şeklinde kodlanmıştır. Elde edilen veriler söylem sayısı temel alınarak sayısallaştırılarak ifade edilmiştir (Gemlik vd., 2019: 149).

6. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırma kapsamından elde edilen verilere ilişkin bulgular bu bölümde incelenmiştir. Araştırma kapsamında incelenen haber metinlerinden sağlık çalışanlarının; çalışma koşulları, karşılaştıkları zor şartlar, sosyal hayatları, bilimsel yaşantıları, psikolojik durumları, süreçte aldıkları destekler ve önemlerinin anlaşılmasına yönelik etkilerine göre değerlendirmeler yapılmış ve tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 2. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Olarak Etkilendiklerini Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarının çalışma şartları olarak etkilendiklerini gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
COVID-19 dışındaki vakalarla az ilgilenme	22	%9,82
Uzaktan tedavi işlemlerinde artış	7	%3,12
COVID-19 vakalarına yoğunlaşma	6	%2,67
Daha sıkı tedbirler altında çalışma	4	%1,78
Teknoloji kullanımında artış	3	%1,33

Haber metinlerinden elde edilen bulgular analiz edildiğinde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında farklı etkilene şekilleri olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecinde, COVID-19 vakaları dışındaki vakalarla daha az ilgilenmek durumunda

kaldıkları saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının; uzaktan tedavi işlemlerinde artış, COVID-19 vakalarına daha fazla yoğunlaşma, daha sıkı tedbirler altında çalışma gibi koşullarda etkilendikleri görülmektedir.

Tablo 3. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Zor Şartlar Olarak Etkilendiklerini Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zor şartlar olarak etkilendiklerini gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
COVID-19 hastalığından etkilenme	32	%14,28
Zorunlu çalışma (Yoğun mesai)	19	%8,48
Farklı alanlarla uğraşmak zorunda kalma	6	%2,67

Haber metinlerinde geçen ve sağlık çalışanlarının COVID-19 sürecinde karşılaştıkları zor durumları belirten ifadeler görülmüştür. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zorluklar söylem sayılarına göre sıralandığında; COVID-19 hastalığından etkilenme (32), zorunlu çalışma (yoğun mesai) (19), farklı alanlarla uğraşmak zorunda kalma (6) şeklindedir. Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığından etkilendikleri ve zorunlu çalışma (yoğun mesai) ile karşılaştıkları saptanmıştır.

Tablo 4. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarının Sosyal Hayatlarını Etkilediğini Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarının sosyal hayatlarını etkilendiğini gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Ailelerinden uzak kalma	22	%9,82
Milli ve manevi yaşamlarının etkilenmesi	20	%8,92
Sosyal yaşantılarında değişim	10	%4,46

Haber metinlerinden elde edilen bulgular analiz edildiğinde sağlık çalışanlarının sosyal hayatlarının etkilendiğini gösteren ifadeler gözlemlenmiştir. Sağlık çalışanlarının sosyal hayat olarak en çok ailelerinden uzak kalma durumlarının olduğunu gösteren ifadelere rastlanmıştır. Sağlık çalışanlarının milli ve manevi yaşantıları ile sosyal yaşantılarında değişimler olduğu da anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarının Bilimsel Hayatlarını Etkilediğini Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarının bilimsel hayatlarını etkilendiğini gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Bilimsel çalışma ve eğitimlerinin aksadığı	6	%2,67
İntörnlerin erken işe başlamaları	4	%1,78

Tablo 5'te sağlık çalışanlarının bilimsel hayatlarının etkilendiğini gösteren ifadeler görülmektedir. En yüksek söylem sayısının bilimsel çalışma ve eğitimlerinin aksadığı ile ilgili ifadeler olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Olarak Etkilendiklerini Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarının psikolojik olarak etkilendiklerini gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Sağlık çalışanları üzerinde olumsuz etkileri	45	%20,08
Sağlık çalışanları üzerinde olumlu etkileri	22	%9,82

Haber metinlerinde geçen ve sağlık çalışanlarının psikolojik olarak etkilendiklerini gösteren ifadeler rastlanmıştır. Sağlık çalışanlarının psikolojik olarak olumsuz etkilendiğini gösteren söylem sayısı 45 iken olumlu etkilendiği gösteren 22 tane söylem sayısını görmektedir.

Tablo 7. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarının Öneminin Anlaşılmasına Yardımcı Olduğunu Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarının öneminin anlaşılmasına yardımcı olduğunu gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığına karşı gönüllü ve istekli çalışması	17	%7,58
Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığına karşı farkındalık oluşturma ve halkı bilinçlendirmesi	7	%3,12
Sağlık çalışanlarına karşı COVID-19 sürecinde artan güven ve vefa	5	%2,23

Haber metinlerinden elde edilen bulgular analiz edildiğinde sağlık çalışanlarının öneminin anlaşıldığına dair ifadeler görülmektedir. Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığına karşı gönüllü ve istekli çalışması toplam 17 söylem sayısı ile sağlık çalışanlarının öneminin anlaşılmasına yardımcı olan ifade olarak saptanmıştır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığına karşı farkındalık oluşturma ve halkı bilinçlendirmesi ile sağlık çalışanlarına karşı COVID-19 sürecinde artan güven ve vefa ifadeleri de sağlık çalışanlarının öneminin anlaşılmasına katkıda bulunduğu söylenebilir.

Tablo 8. Haber Metinlerinde Geçen, Sağlık Çalışanlarına Çeşitli Mecralardan Destek Olunduğunu Gösteren İfadeler

Haber metinlerinde geçen, sağlık çalışanlarına çeşitli mecralardan destek olunduğunu gösteren ifadeler	Söylem Sayısı	Söylem Yüzdesi
Sağlık çalışanlarına kamu sektöründen destek sağlanması	40	%17,85
Sağlık çalışanlarına iş arkadaşları tarafından destek sağlanması	19	%8,48
Sağlık çalışanlarına özel sektörden destek sağlanması	16	%7,14
Sağlık çalışanlarına halk tarafından destek sağlanması	16	%7,14

Haber metinlerinin analiz edilmesi sonucu, Türkiye’de COVID-19 hastalığının ilk iki aylık sürecinde çeşitli mecralarca sağlık çalışanlarına destek sağlandığı anlaşılmaktadır. Toplam 40 söylem sayısı ile sağlık çalışanlarına kamu sektöründen destek sağlanması en çok söylem sayısına sahiptir. Bununla birlikte; sağlık çalışanlarına iş arkadaşları tarafından destek sağlanması, sağlık çalışanlarına özel sektörden destek sağlanması ve sağlık çalışanlarına halk tarafından destek sağlanması söylemlerinin de olduğu saptanmıştır.

7. SONUÇ

Türkiye’de COVID-19 pandemisinin ilk iki aylık süreci haber metinlerinde incelendiğinde bu sürecin sağlık çalışanlarını çeşitli yönlerde etkilediği anlaşılmaktadır.

Türkiye’de COVID-19 pandemi süreci başlarında sağlık çalışanlarının pandemiye müdahalede ve kendi sağlıkları ile çevrelerindeki insanların sağlıklarının korunmasında zorluklar yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenlerle çok sayıda sağlık çalışanına hastalık bulaştığı ve bunlardan bir kısmının öldüğü anlaşılmaktadır. Zamanla sağlık çalışanları karşılaştıkları zorluklara karşı toplumun her kesiminden aldıkları destekle daha başarılı oldukları ve hastalığın olumsuz etkilerine karşı artan bir dirençlerinin olduğu görülmektedir.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanların normal çalışma sistemlerinde çok büyük değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir. Hafif hastalıklar hastanelere alınmamakta bunların bir kısmı aile hekimlerine yönlendirilmiş bir kısmının ise uzaktan iletişim ile sorunları çözülmüştür. Acil olmayan ameliyatlara ertelenmiş, sürekli alınan rapor ve reçeteler sağlık çalışanlarına gidilmeden alınmaya başlanmıştır. Sağlık çalışanlarının üzerindeki iş yükleri acil olan durumlar dışında hafifletilmiştir.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına; izin, istifa ve mesai saatleri gibi birçok konuda kısıtlama getirilmiştir. Bu zor şartlarda uzun saatler mesai yapan ve mesai sırasında birçok ekipman kullanan sağlık çalışanlarının fiziksel olarak zorlandıkları görülmüştür. Ayrıca sağlık çalışanları hastalığın en yoğun olduğu ortamlarda çalıştıkları için ailelerine bulaştırma ihtimaline karşılık evlerine gidememişlerdir. Konaklamalarını aile bireyleri ve insanlardan uzak yerlerde yapmışlardır. Sosyal hayatlarında yaşadıkları olumsuz durumlar nedeniyle psikolojik olarak zorluklar yaşadıkları görülmüştür.

Sağlık çalışanları, yakın temasın olumsuz sonuçları nedeniyle hastalara gerekli hizmeti sağlamak için yeni çözüm yolları bulmaya çalışmışlardır. Bunun için daha çok teknolojik imkanlardan yararlanmış ve uzaktan hastalara hizmet sunmaya başlamışlardır.

Pandemi sürecinin ikinci ayının sonlarında vaka sayılarında meydana gelen düşüşler ve alınan tedbirler sonucunda sağlık çalışanlarının iş yüklerinde azalmalar olmuştur. Bu durum sağlık çalışanlarının hem iş hayatları hem de sosyal hayatlarına olumlu etkiler yaptığı görülmüştür.

KAYNAKÇA

- Çıragil, P. Yeditepe Üniversite Hastanesi. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/koronavirus-pandemisi-ilk-degil>. Erişim tarihi 19 Mayıs 2020.
- Gemlik H. N., Saruhan E, Arslanoğlu A. Yaşlı Hastaların Yaşlı Dostu Hastanelerden Beklentileri Üzerine İçerenköy Bayındır Hastanesi’nde Nitel Bir Araştırma. Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi. 2019; 3(5):144-156. Doi: 10.29226/tr1001.2019.148.
- Healthline, What is a pandemic?. <https://www.healthline.com/health/what-is-a-pandemic>. Erişim tarihi 6 Mayıs 2020.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... & Cheng, Z. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020;395(10223); 497-506. Doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5

- Hui, D. S., Azhar, E. I., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., ... & Zumla, A. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health—The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 2020;91, 264-266. Doi:10.1016/j.ijid.2020.01.009
- Krystal, J. H., & McNeil, R. L. Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress. *Nature Medicine*, 2020;26(5), 639-639. Doi:10.1007/s00115-020-00905-0
- Ksiazek, T. G., Erdman, D., Goldsmith, C. S., Zaki, S. R., Peret, T., Emery, S., ... & Rollin, P. E. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *New England journal of medicine*, 2003;348(20), 1953-1966. Doi: 10.1056/NEJMoa030781
- Peng, X., Xu, X., Li, Y., Cheng, L., Zhou, X., & Ren, B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science*, 2020;12(1),1-6. Doi: 10.1038/s41368-020-0075-9
- Richman D. D, Whitley RJ, Hayden FG. (2016). *Clinical Virology*, 4th ed. Washington: ASM Press.
- Til, A. Yeni Koronavirüs hastalığı hakkında bilinmesi gerekenler. *Ayrıntı Dergisi*, 2020;8(85), 53-57. <http://www.dergiayrinti.com/index.php/ayr/article/viewFile/1355/2385>. Erişim tarihi 4 Mayıs 2020.
- Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Strifler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., ... & Straus, S. E. A scoping review of rapid review methods. *BMC medicine*, 2015;13(224),1-15. Doi: 10.1186/s12916-015-0465-6
- WHO. 2019. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). November. <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>. Erişim tarihi 25 Mayıs 2020.
- WHO. 2020a. Coronavirus hastalığı 2019 (COVID-19) Durum Raporu–101. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200430-sitrep-101-COVID-19.pdf?sfvrsn=2ba4e093_2. Erişim tarihi 25 Mayıs 2020.
- WHO. 2020b Novelcoronavirus – China. Jan 12. <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>. Erişim tarihi 5 Mayıs 2020.
- WHO. 2020c. Novel coronavirus (2019-NCoV) situation report 36. Geneva: World Health Organization, Feb 25. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-COVID-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2. Erişim tarihi 4 Mayıs 2020.
- WHO. 2020d. WHO Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Geneva: World Health Organization, Jan 30. [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergencycommittee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergencycommittee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Erişim tarihi 3 Mayıs 2020.
- Willan, J., King, A. J., Djebbari, F., Turner, G. D., Royston, D. J., Pavord, S., ... & Peniket, A. Assessing the Impact of Lockdown: Fresh Challenges for the Care of Haematology Patients in the COVID-19 Pandemic. *British journal of haematology*. 2020;189(2), 224-227. Doi:10.1111/bjh.16782
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 2020;323(13), 1239-1242. Doi:10.1001/jama.2020.2648
- Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., ... & Zhou, Y. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic

review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases. 2020;94, 91-95.
Doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.017

Zaki, A. M., Van Boheemen, S., Bestebroer, T. M., Osterhaus, A. D., & Fouchier, R. A.
Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. New
England Journal of Medicine, 2012;367(19), 1814-1820. Doi:10.1056/NEJMoa1211721

Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China,
2019. N Engl J Med 2020; 382: 727–733. Doi:10.1056/NEJMoa2001017



E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/pub/japss	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 26/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 29/03/2021

HASTANE YÖNETİCİLERİNİN HASTANELERİN DİJİTALLEŞMESİNE BAKIŞ
AÇILARI ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA



A QUALITATIVE RESEARCH ON HOSPITAL MANAGERS' PERSPECTIVES ON THE
DIGITALIZATION OF HOSPITALS

Atf/ to Cite (APA): Kaya, N. ve Gemlik, H.N. (2021). Hastane Yöneticilerinin Hastanelerin Dijitalleşmesine Bakış Açılı Üzerine Nitel Bir Araştırma, Journal of Academic Perspective on Social Studies, (1), 59-71.

DOI: <https://doi.org/10.35344/japss.903276>

Nazlı KAYA¹
H. Nilay GEMLİK²

ÖZ

Teknolojik gelişmeler tüm sektörleri etkileyen uygulamalar sunmaktadır. Bu uygulamaları hastaneler içerisinde her alanda görmek, kullanımının gün geçtikçe daha yoğun ve etkili olduğunu söylemek mümkündür. Teknolojik uygulamaların yoğun olarak kullanıldığı hastanelerin sürece uyumu ve hastane içerisinde kullanılan dijital uygulamaların etkilerinin anlaşılabilmesi ve sorunların tespit edilebilmesi amacıyla hastanelerin dijitalleşmesi konusu incelenmiştir. Hastane yöneticilerinin yaşanan bu değişimleri ve etkilerini nasıl değerlendirdiğini anlamak amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Belirlenen amaç doğrultusunda Anadolu Yakası'nda bulunan özel hastane yöneticilerinden 7 kişi ile odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Araştırma sorularının amaca uygun olması için sorular hazırlanmadan önce konu hakkında literatür çalışması yapılmıştır. Görüşme sonucunda elde edilen veriler betimsel ve içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. Araştırmada elde edilen verilere göre hastanelerin dijitalleşmesi birçok açıdan olumlu olarak bulunurken, bilgi güvenliğinin sağlanması, hasta mahremiyetinin korunması ve hasta-hekim, hasta-hemşire arasındaki temasın azalması gibi konuların ise sorun teşkil edebileceği ifade edilmektedir. Farklı eğitimlere, deneyimlere ve uzmanlıklara sahip olan hastane yöneticilerinin dijitalleşme sürecine bakış açılarını çalıştığı sağlık kurumlarının da özellikleri etkilemektedir. Ayrıca dijitalleşmenin yoğun olarak kullanıldığı hastanelerde görev alan yöneticiler ile dijitalleşmenin sınırlı olarak kullanıldığı hastanelerdeki yöneticilerinin bilgi ve bakış açılarındaki farklılıklar olduğu ifade edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Dijital Hastane, Dijital Hastane Yöneticisi, Sağlıkta Teknoloji

ABSTRACT

Technological developments offer applications that affect all sectors. It is possible to see these applications in every field in hospitals and to say that their use is more intense and effective day by day. The issue of digitalization of hospitals has been investigated in order to understand the adaptation of hospitals where technological applications are used extensively to the process and to understand the effects of digital applications used in hospitals and to identify problems. This study was conducted in order to understand how hospital managers evaluate these changes and their effects. In line with the determined purpose, a focus group meeting was held with 7 people from private hospital managers on the Anatolian Side. In order for the research questions to be suitable for the purpose, a literature study was conducted on the subject before the questions were prepared. The data obtained as a result of the interview were analyzed by descriptive and content analysis method. According to the data obtained in the study, while digitalization of hospitals is found to be positive in many aspects, it is stated that issues

¹ Öğr. Gör., Okan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı. nazlikaya2411@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-1557-6294

² Prof. Dr. H., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ngemlik@marmara.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5319-4070>

such as ensuring information security, protecting patient privacy and decreasing contact between patient-physician, patient-nurse may pose a problem. The perspectives of hospital managers, who have different trainings, experiences and specialties, on the digitalization process are also influenced by the characteristics of the health institutions they work with. In addition, it can be stated that there are differences in the knowledge and perspectives of managers working in hospitals where digitalization is used extensively and managers in hospitals where digitalization is used limitedly.

Keywords: Digital Hospital, Digital Hospital Manager, Technology in Health

1.GİRİŞ

Dijitalleşme ile beraber her sektörde birtakım değişiklikler yaşandığı ve etkilerinin olduğu görülmektedir. Teknolojinin gelişimi ile birlikte yönetim felsefesi ve yönetim şeklinde de değişimler yaşanmaktadır.

Teknolojik uygulamaların yoğun olarak kullanıldığı hastanelerin sürece uyumu ve hastane içerisinde kullanılan dijital uygulamaların (bilgi sistemleri, karar destek sistemleri, hasta kayıt sistemleri, hasta takip sistemleri, mobil uygulamalar vb.) etkilerinin anlaşılabilmesi ve sorunların tespit edilebilmesi amacıyla hastane yöneticilerinin dijitalleşmeye bakış açıları araştırma kapsamında yer almaktadır.

2.DİJİTALLEŞME NEDİR?

20. ve 21. yüzyılların dikkat çekici gelişmelerinin yaşandığı alanlardan bilgi teknolojileri, önceki yılların bilgi birikiminden daha çok bilgi meydana getirmiş, oluşan bilginin denetim araçları ile yönetilebilmesini ve internet sayesinde birçok insana ulaşmasını sağlamıştır (Ashyüksel, 2016).

2000’li yıllarla birlikte Dünya genelinde neredeyse tüm sektörlerde, birçok iş alanında dijitalleşme önemli bir gündem oluşturmaktadır. Giyilebilir teknolojiler, mobil uygulamalar, büyük veri, yapay zekâ gibi teknolojiler üretilen işlerin daha hızlı ve daha ucuz olmasını sağlarken güvenli ve hızlı erişim imkânı da vermektedir. Teknoloji 4.0, yazılıma, robotik teknolojiler ve internete dayalı uygulamalar işlerin yapılışını ve uygulanan yöntemleri temelinden değişime uğratmaktadır (Tezcan, 2018).

Teknolojik gelişmeler kişilerin beklentilerini ve ihtiyaçlarını değiştirmekte, “hızlandırma ve kolaylaştırma” amaçlı ürün ve sistemlerle birlikte teknoloji hayatın önemli bir parçası olmaktadır (Demirci, 2018).

Dijitalleşme ile maliyetlerin düşürülmesi, insansız (otonom) çalışma alanlarının oluşması, kişiselleşen sağlık hizmetlerinin kolay şekilde sunulabilir olması ve üretim kademelerinin bu talepler doğrultusunda hareket etmesi değişimin önemli bir noktasıdır. Dijitalleşme ile birlikte yaşanan değişimler iş alanlarını önemli derecede etkilemekte ve bu sürece ayak uyduramayan sektörleri ve kurumları da yok olma tehlikesi beklemektedir.

2.1.Dijital Hastane Nedir?

Dijital hastane; mali, idari ve klinik aşamalarda belirli seviyede bilişim teknolojilerinin kullanıldığı bir hastanedeki tüm iletişim araçları ve tıbbi cihazların birbirleriyle ve diğer sistemlerle bağlantılı olduğu, sağlık personelleri ve hastaların mobil uygulamalar ve tele tıp ile

hastane içerisinde veya dışarısında verilere ulaşım, kullanabildiği hastane olarak ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Dijital hastane için sağlık kurumu içerisindeki klinik ve klinik olmayan bütün bilgi sistemlerinin birbirleriyle entegre olduğu yüksek teknolojiye sahip, gerçekleştirilen işlemlerin tamamının sistemler üzerinden yürütüldüğü ve yönetildiği hastane olarak da tanımlama yapılmaktadır (Kılıç, 2016, ; Akyol, 2016). Tedavi, tanı, karar ve yönetim kademelerinin birlikte çalıştığı hastanelerdir (Yu vd., 2012: 1654-55).

Dijital hastanelerin belirtilen hizmetleri sunabilmeleri için bazı kriterleri sağlaması gerekmektedir. Bu konuyla ilgili kurumların kontrolünü yapıp bir hastanenin dijital olup olmadığını HIMMS (Healthcare Information and Management Systems Society - Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu) adlı bir kuruluş gerçekleştirmektedir. HIMSS EMRAM modeli ile yürüttüğü bu süreci hastanelerin dijitallik düzeylerini analiz ederek 1'den 7'ye kadar seviyelendirmekte ve akredite etmektedir (Tüfekçi vd., 2017).

Hastanelerde sunulan hizmetlerin yönetimi, kaynakların yönetimi, kaliteli hizmet yönetimi, finansal süreçlerin yönetimi, insan kaynakları yönetimi gibi alanlarda dijitalleşme açısından önemli birer konudur.

3. DİJİTALLEŞME VE SAĞLIK İLİŞKİSİ

Dijital sağlık uygulamaları ve teknolojileri, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi noktasında çağdaş bilgi ve iletişim teknolojilerinin dönüştürücü gücü olarak görülmektedir (World Economic Forum, 2011). Sağlık hizmetleri; hizmet kalitesinin yükseltilmesi, etkili iş üretimi ve güvenli sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmesi konularında dijital dönüşümden faydalanmaktadır (Haggerty, 2017).

Yıllar içerisinde toplu kullanım için mevcut olan dijital teknoloji türlerinde köklü değişiklikler gerçekleşmektedir. Akıllı telefonlar, tablet bilgisayarlar ve giyilebilir sensör tabanlı cihazlar gibi hemen hemen her yerden internete bağlanabilen mobil dijital cihazlar piyasaya çıktı ve yaygın olarak benimsenmeye başladıkları ifade edilebilmektedir (Lupton, 2014).

Sağlık hizmetleri içerisinde halk sağlığı açısından da her yerde bulunan dijital teknolojilerin etkileri görülmektedir. Mobil dijital cihazlar ve bağlandıkları uygulamalar, web siteleri ve platformlar internet üzerindeki tıbbi ve sağlık bilgilerine yalnızca hazır erişim sağlamakla kalmaz, aynı zamanda insan vücudunu izleme, ölçme ve görselleştirme ve kişisel bilgileri paylaşmanın yeni yollarını sunabilmektedir. "Dijital sağlık", sağlık hizmetleri, sağlık bilimi, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi ve halk sağlığı amaçları için kullanılan çok çeşitli teknolojileri kapsamak için kullanılan bir terim olarak ifade edilebilmektedir (Ritzer vd., 2012).

Sağlık sektöründe iyi yapılandırılmış bir sistemin mevcut olabilmesinde Bilgi İletişim Teknolojileri (BİT)'nin mevcut olması önemli bir konudur (Gagnon vd., 2016). BİT'nin etkili şekilde kullanımını sağlayan kurumlarda kalite, memnuniyet ve verimliliğin artırılması konularında kısa sürede daha doğru kararlar vererek maliyet kontrolüne önemli katkıda bulunmaktadır. (Gupta vd., 2015). Sağlıkta dijitalleşme kamu-özel işbirliği süreçlerinin geliştirilmesi, sağlık politikalarının işbirliği temelli gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin

entegrasyonun sağlanması, içeriğinin ve kapsamının geliştirilmesi gibi konularda da hızlı ve önemli kararlar alınabilmesine olanak sağlamaktadır.

Birçok farklı dilde hizmet sunan internet platformları (web siteleri, akıllı cihaz uygulamaları vb.) ile hastanelerin insanlara daha kolay şekilde ulaşabilmeleri, çevrimiçi görüşmeler ile kurumlar arası anlaşmaların gerçekleştirilebilir olması ve karar destek sistemleri ile birçok konuda işlemin dijital ortamda yapılıyor olması hastane yönetim sürecinde de farklılıkları gündeme getirmektedir. Yöneticiler hastane dışındaki ortamlarda da verilere ulaşım değerlendirilmeler yapabilmekte, bu bilgiler doğrultusunda kararlar alabilmektedirler. Uluslararası görüşmelerde sınırların ortadan kalkarak zamandan ve mekândan bağımsız iş görüşmeleri yapılabilir olması da hastane yöneticileri için bir avantaj oluşturmaktadır.

4.DİJİTAL HASTANELERİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Dijital gelişmelerle evde bakım öncelikli sağlık hizmetleri arasında yer almakta ayrıca sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve insanların sağlıklı yaşama teşvik edilmesi içinde kullanılmaktadır. Dijitalleşme, diğer açıdan bilginin küreselleşmesine, sağlıkta sınırların ortadan kalkmasına, hastaların sınırlar olmadan istedikleri ülkede teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanmalarına olanak sağlamaktadır (Demirci, 2018).

Sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalar için sunulacak hizmetlerin kapsamı, uluslararası mevzuatın uygulanması ve standartların sağlanması konusunda dijitalleşme, hastane yöneticilerinin işlerinde büyük kolaylıklar sağlayacaktır

Dijital sağlığın yaygınlaşmasıyla birlikte uzun süredir devam eden kâğıt kullanımına dayalı hizmet anlayışında değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler içerisinde sağlığın hasta odaklı hale gelmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin uzaktan sağlık yönetimi anlayışıyla yaygınlaşması, sisteme yeni paydaşların dahil olması (evde bakım işletmeleri, çağrı merkezleri, telekomünikasyon firmaları, yazılım şirketleri vb.), tele sağlık hizmetleri ile ulaşılabilirliğin daha geniş bölgelere yayılması, kronik hastalık yönetimi konusunda teknolojik gelişmelerle düzenli hasta takiplerinin veriler üzerinden yapılabilmesi vb. konular yer almaktadır (Tezcan, 2018) .

Dijital sağlık teknolojilerine odaklanan, büyük ve yeni hastaneler yapılması yerine sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve erişimini yaygınlaştıran ülkelerde sağlık çalışanlarının doğrudan erişim imkânın zor olduğu yerlere de bu şekilde sağlık hizmetinin erişimini sağlanmaktadır. Bu durum zaman ve yer sorunu olmadan sağlık hizmetlerinin sunumunun sürekliliğini sağlamaktadır. Dijitalleşen sağlık hizmetleri ile sağlıkta yaşanan dönüşümün en temel noktası hastane temelli hizmet sunumu sağlık yaklaşımından kişi temelli sağlık yaklaşımına doğru değişim yaşanmaktadır (Kılıç, 2016, s.204).

Teknoloji ile birlikte sağlık hizmetlerindeki dönüşüm sayesinde doğrudan hastaneye başvuran hasta sayılarında azalma, muayene sürelerinin azalması, hızlı tanı ve tedavi ve maliyetlerde azalma gibi gelişmeler yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri içerisinde dezavantajlı olarak ifade edebileceğimiz yaşlı kişiler içinde dijital sağlık hizmetleri bakım yükünün azaltılmasına olanak sağlamakta ve bakım sürecine destek olanlara da bu açıdan destek olmaktadır (DelliFraine ve Dansky, 2008: 65; Kalender ve Özdemir, 2014:54).

Bu sistem dijital hastaneye standardında olan bir kurum için maliyetlerin düşmesi ve zamandan tasarruf etme avantajı sağlarken; bilgi güvenliği, verilerin saklanması, yaşanacak bir internet saldırısı durumunda taşıdığı riskler bakımından belirsizlikler barındırmaktadır (Tüfekçi vd., 2017).

Sağlık hizmetleri sürecinde yer alan hastalar, sağlık personeli, tüm paydaşlar ve düzenleyici kurumlar açısından önemli katkıları olan dijital sağlık hizmetleri diğer taraftan bazı riskler oluşturmaktadır. Kişisel bilgilerin depolanması, sağlık verilerinin ve kişisel bilgilerin veri hırsızlığı veya teknik bir problem nedeniyle erişime açık hale gelmesine neden olabilmektedir. Kullanılan sistemlerin yeterince güvenli olmaması, verilerin iyi korunamaması hem kişiler hem de tüm paydaşlar için tehlike oluşturacaktır (Blumenthal, 2017:15).

Dijital sağlık hizmetlerinden yararlanmaya engel durumlar içerisinde kişilerin sağlıklarıyla ilgili kararlara dahil olabilmeleri ve e-Sağlık ve teletıp gibi uygulamaları etkili bir şekilde kullanabilmeleri için bilgisayar teknolojileriyle yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları gerekmekte bu şartlar sağlanmadığında hizmetlerden yeterince faydalanılamamasına neden olabilmektedir (Mackert vd., 2016). Ayrıca, dezavantajlı sosyal gruplardaki insanlar genellikle hem sağlık okuryazarlığından hem de dijital okuryazarlıktan yoksundur, bu da daha az bilgi ve sağlığı geliştirme amacıyla dijital teknolojileri kullanma konusunda daha az beceri göstermelerine neden olabilmektedir (Gibbons vd., 2011; Newman vd., 2012). Mevcut sosyal eşitsizliklerin dijital teknolojilere erişim veya bilgi eksikliği nedeniyle hastalık seviyelerinin daha da kötüleşmesine neden olabileceği ifade edilmektedir (O'Mara, 2013; Baum vd., 2014; Smith vd., 2014).

Teknoloji alt yapısının yetersizliği, internet bağlantısıyla ilgili yaşanabilecek sorunlar dijital sağlık hizmetleri için bir diğer engel olarak görülebilmektedir. Bu durumlar dijital sağlık hizmetlerinin önemli bir niteliği olan uzak mesafeden bağlantı sağlanarak hizmet sunumuna olanak vermesi özelliğinin ortadan kalkmasına sebep olabilmektedir (Ajami ve Bagheri-Tadi, 2013).

5.HASTANE YÖNETİCİLERİNİN HASTANELERİN DİJİTALLEŞMESİNE BAKIŞ AÇILARI ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

5.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, dijitalleşmenin en çok etkilediği alanlardan biri olan hastanelerdeki dijitalleşme sürecine tanıklık eden hastane yöneticilerinin bakış açılarını incelemektir.

5.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini İstanbul Anadolu Yakasında bulunan özel hastane yöneticileri oluşturmaktadır. Araştırmada olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme kullanılmıştır (Ercan ve Sığırı, 2018). Yönteme uygun olarak hastanelerde görev alan 7 yönetici ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Hastane yöneticilerinin demografik özellikleri şu şekildedir;

Tablo 1: Araştırma yapılan yöneticilerin demografik özellikleri

	<u>Unvan</u>	<u>Lisans</u>	<u>Cinsiyet</u>	<u>Kurum</u>	<u>Dil</u>
1	Hastane Müdürü	Mühendis	Erkek	Özel	İngilizce iyi derecede
2	Kalite Direktörü	Hekim	Erkek	Özel	İngilizce, Fransızca, Arapça iyi derecede
3	İlçe Halk Sağlığı Müdürü	Biyolog	Erkek	Kamu	İngilizce orta derecede
4	Kalite Direktörü	Hekim	Kadın	Kamu	İngilizce, Almanca iyi derecede Latince, Fransızca orta derece
5	Hasta Hizmetleri Sorumlusu	Sağlık Yöneticisi	Erkek	Özel	İngilizce orta derece
6	Başhekim	Hekim	Erkek	Özel / Kamu	İngilizce orta derece
7	Hasta Hizmetleri Müdürü	SB ve Kamu Yönetimi	Kadın	Özel	İngilizce iyi derece

5.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma 2019 yılı Nisan-Haziran ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği, ne yapılandırılmış görüşme tekniği kadar katı ne de yapılandırılmamış görüşme tekniği kadar esnekler. Bu açıdan 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 yöneticilerinden görüşme yapılabilmesi için randevu tarihi alınarak görüşme takvimi belirlenmiştir. Araştırmaya ait verilerin kaybını önlemek için hastane yöneticilerinden onay alınarak görüşme ses kaydına alınmıştır.

5.4. Araştırma Soruları

Araştırmada içerisinde kullanılan görüşme soruları araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür çalışması yapıldıktan sonra oluşturulmuştur (Sığı 2018). Yapılan görüşmelerde hastane personeline yöneltilen demografik sorular aşağıda yer almaktadır;

1. Eğitim Durumu
2. Cinsiyet
3. Kurum Bilgisi (Kamu veya özel)
4. Dil Bilgisi

Görüşme kapsamını “Hastanelerin Dijitalleşmesine Hastane Yöneticilerinin Bakış Açısı” nı değerlendirebilmek için katılımcılara 5 adet açık uçlu soru yöneltilmiştir. Hastane yöneticilerine görüşmelerde yöneltilen açık uçlu sorular aşağıda yer almaktadır;

1. Sağlıkta dijitalleşmenin hangi değişimlere neden olduğunu düşünüyorsunuz. Gelecekte değişimin hangi alanlarda daha yoğun yaşanacağını düşünüyorsunuz.
2. Sizce dijital hastane yöneticisinin özellikleri neler olmalıdır?
3. Dijital hastane süreci mevcut personel ile nasıl sürdürülebilir?
4. Hastanelerde dijitalleşme en çok hangi alanlarda gereklidir?
5. Son birkaç yılda hastanelerde dijitalleşmeyle ilgili değişim olarak dikkatinizi çeken uygulamalar nelerdir?

5.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada nitel araştırma deseni olarak olgu bilim (fenomonoloji) kullanılmıştır. Kişilerin dış dünyaya ilişkin durum ve olaylara ait algılarını ortaya çıkarmada uygun bir araştırma deseni olması gerekçesiyle çalışmada tercih edilmiştir.

Araştırmada nitel araştırma yaklaşımı bakımından betimsel içerik analizi yapılmıştır.

İçerik analizi 4 kademe gerçekleştirilmiş olup bu kademeler; 1. Verilerin kodlanması, 2. Kodlanan verilerin temalarının belirlenmesi, 3. Kodların ve temaların düzenlenmesi, 4. Bulguların tanımlanması ve yorumlanması (Yıldırım, 2011) olarak düzenlenmiştir. İlk olarak ses kayıtları incelenmiş ve çözümlenmiştir. Daha sonra benzerlik gösteren ifadeler saptanmıştır. Belirlenen benzer ifadeler gruplandırılarak sonrasında ifadeler temalandırılmıştır. Son kısımda ise elde edilmiş olan veriler sayısallaştırılarak tablo haline getirilmiştir (Sığırı, 2018). Oluşturulan tablolarda yöneticilerin söyleyiş biçimleri korunarak araştırmanın geçerliliği sağlanmıştır. Verilerin çözümlenmesi neticesinde bulgular kendi içinde tutarlı ve anlamlı çıkmıştır. Bu durum araştırmanın iç geçerliliğini sağlamaktadır. Görüşmeler sırasında araştırmacı katılımcıya ifadeleri ile ilgili kendi algıladıklarını aktararak ifadelerin doğru bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığını sorgulamış ve bu şekilde araştırmanın dış güvenilirliğini sağlamıştır (Özgan ve Külekçi 2012).

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin hastanelerin dijitalleşmesine bakış açıları, dijital hastane kavramını algılayış biçimleri, sunulan hizmetlere olan etkileri, karar verme sürecine olan katkıları, dijitalleşmeyi ne kadar takip edebildikleri üzerinden değerlendirilerek sunulmuştur.

Tablo 2: Sağlıkta Dijitalleşmenin Neden Olduğu Değişimler

<i>Sağlıkta dijitalleşmenin neden olduğu değişimler hakkındaki ifadeler</i>	<i>Söylem Sayısı</i>
<i>Bilgilere erişimin kolay ve hızlı olması</i>	7
<i>Kısa sürede doğru kararlar verilebilmesi, hızlı hizmet sunumu</i>	6
<i>İşlemlerin sistem üzerinden olması</i>	6
<i>Kağıtsız Hastane</i>	4
<i>Laboratuvar sonuçlarının hızlı paylaşımı</i>	3
<i>Verilerin online takibi ile hastanın hastaneye daha az sayıda gelmesi</i>	2
<i>İnsan faktörünün giderek etkisiz hale gelmesi ve hastayla temasın ortadan kalkması</i>	2
<i>Bireysel tedavilere olanak sağlaması</i>	2
<i>Karar destek sistemlerinin olması</i>	2
<i>Yönetime doğru veri sağlanması, hızlı kontrol</i>	2
<i>Hasta geribildirimlerin online olarak değerlendirilmesi ve yönetilmesi</i>	2
<i>E-arşiv, kayıtların kolay saklanması</i>	2
<i>Hastaya ayrılacak zamanın sisteme ayrılması</i>	2
<i>Bilgi güvenliği sorunlarının yaşanması</i>	2
<i>Yeşil hastane</i>	1
<i>Hataların azalması</i>	1
<i>Sağlık yönetimi açısından analizlere daha fazla olanak sağlaması</i>	1
<i>Sisteme fazla güvenip hata yapma ihtimallerinin artması</i>	1
<i>Bilgi kirliliğine olanak sağlaması (kayıtların yoğunluk veya güvenlik nedeniyle eksik veya yanlış girilmesi)</i>	1

Tablo 2 incelendiğinde sağlıkta dijitalleşme konusunda yöneticilerinin farklı ifadeleri bulunmaktadır. Bunlar içerisinde en çok tekrar edilen ifadeler arasında bilgilere erişimin kolay ve hızlı olması bütün yöneticilerin ortak ifadesi olarak görülmektedir. Kısa sürede doğru kararlar verilebilmesi, hızlı hizmet sunumu ve işlemlerin sistem üzerinden olması ifadeleri ise 6 yönetici tarafından ifade edilerek en çok tekrar edilen ikinci ifadeler olarak belirtilmektedir. Kağıtsız hastane, laboratuvar sonuçlarının hızlı paylaşımı şeklindeki ifadelerde yüksek sayıda tekrar edilen ifadeler olarak belirtilmektedir. İfadelerin devamına bakıldığında ise klinik ve idari alanları kapsayan çeşitli ifadeler kullanıldığını ve bu durumda aslında dijitalleşmenin kapsamının ne kadar geniş bir içeriğe sahip olduğunu gösterdiğini söylemek mümkündür.

Tablo 3: Dijital Hastane Yöneticisinin Özellikleri Neler Olmalıdır?

<i>Dijital hastane yöneticisinin özelliklerinin neler olması gerektiği Söylem Sayısı hakkındaki ifadeler</i>	
<i>Dijitalleşmeyi anlamalı ve takip etmeli</i>	5
<i>Değişime açık olmalı</i>	4
<i>Ekibe destek vermeli</i>	3
<i>Sürekli iyileştirme yapmalı</i>	2
<i>Tecrübeli olmalı</i>	2
<i>Sistemlerin güncellenmesi ve yenilenmesi için kaynak ayırmalı</i>	2
<i>Sürece inanmalı</i>	1
<i>Dijitalleşmeden anlayan insanların ekip içerisinde olmasını sağlamalı</i>	1
<i>Hızlı karar verebilmeli</i>	1
<i>Hastane içerisinden gelen biri olmalı</i>	1
<i>Sağlık sektöründen olması</i>	1
<i>İnsan ilişkileri iyi olmalı</i>	1
<i>Disiplinlerarası çalışmalı</i>	1
<i>Eğitimi verebilmeli</i>	1
<i>Sağlık Yönetimi eğitim programlarında dijital hastane süreçlerine yer verilmeli</i>	1

Dijital hastane yöneticisinin nasıl olması gerektiği hakkındaki ifadelerin olduğu Tablo 3 incelendiğinde ise dijitalleşmeyi anlamalı ve takip etmeli ifadesi 5 defa tekrar edilen ifade olarak en üst sırada yer almaktadır. Değişime açık olmalı ifadesi de 4 yönetici tarafından tekrar edilen ifade olarak belirtilmektedir. Ekibe destek vermesini ifadesi de 3 yönetici tarafından tekrar edilmektedir. Araştırmadaki ifadeler incelendiğinde dijital hastane yöneticisi için farklı birçok konuyla ilişkili geniş bir çerçeve çizilmektedir. Dijital hastane yöneticisinin çok yönlü özelliklerinin olması gerektiği ifadeler kapsamında söylenebilir.

Tablo 4: Dijital Hastanelerin Mevcut Personel ile Sürdürülebilirliği

<i>Dijital hastanelerin mevcut personel ile sürdürülebilirliği hakkındaki ifadeler</i>	<i>Söylem Sayısı</i>
<i>Personele eğitim verilmesi</i>	5
<i>Mevcut personel dijitalleşme sürecine direnç gösterir</i>	3
<i>Destek birimlerinin olması (7/24, tıbbi ve idari)</i>	3
<i>Dijitalleşme konusunda gelişime ve eğitime kapalı olan kişilerle problem çözmekte zorluk yaşanacağı için personel değişikliği yapılması</i>	3
<i>Bir hedef belirlenip insanların ikna edilmesi</i>	3
<i>Hastane personellerinin çalıştıkları alanla eğitimlerinin uyumlu olması</i>	1
<i>Yöneticilerin kurumun içinden ve iyi tanıyan kişilerden olması</i>	1
<i>Personel beklentilerinin iyi belirlenmesi</i>	1
<i>Gerçekten işini iyi bilen insanlarla çalışılması</i>	1
<i>Yöneticilere işlerin gerçekleştirilebilmesi için yeterli sürenin verilmesi</i>	1
<i>Tecrübeli ve kurumu iyi bilen insanların donanımlı hale getirilmesi</i>	1
<i>Mevcut personelin içine dijitalleşme konusunda daha bilgili ve tecrübeli kişilerin dahil edilmesi</i>	1
<i>İşe alınacak kişilerin dijitalleşmeyle ilgili bilgili ve tecrübeli kişilerden seçilmesi</i>	1
<i>Sağlık yöneticilerinin dijitalleşmeye uyumlu şekilde yetiştirilmesi</i>	1

Dijital hastanelerin mevcut personel ile sürdürülebilir olup olamayacağı konusu hakkındaki ifadeler incelendiğinde personele eğitim verilmesi ifadesi 5 kez yöneticiler tarafından tekrar edilerek en çok söylenen ifadedir. Mevcut personelin dijitalleşme sürecine direnç göstereceğini düşünen 3 yönetici ifadesi de ikinci sırada yer alan ifadelerden biridir. Destek birimlerinin olması (7/24, tıbbi ve idari), dijitalleşme konusunda gelişime ve eğitime kapalı olan kişilerle problem çözmekte zorluk yaşanacağı için personel değişikliği yapılması, bir hedef belirlenip insanların ikna edilmesi ifadeleri de 3 kez tekrar edilen diğer ifadelerdir. Bu ifadeler dışında yöneticiler tarafından belirtilen başka ifadelerde mevcut olup genel değerlendirmenin mevcut personel ile sürecin sürdürülebileceği ancak bu konuyla ilgili yapılması gerekenler olduğunu belirtmektedir.

Tablo 5:Hastanelerde Dijitalleşmenin En Çok Gerekli Olduğu Alanlar

<i>Hastanelerde dijitalleşmenin en çok gerekli olduğu alanlar hakkındaki ifadeler</i>	<i>Söylem Sayısı</i>
<i>Tüm süreçler tüm birimler dijital olmalı</i>	5
<i>Hasta-hekim, hasta-hemşire ilişkisi dışında tüm alanlarda</i>	2
<i>Yönetim süreçlerine çok çeşitli veriler sağlanması (Yatan hasta, faturalar, malzeme takibi vb. gibi)</i>	2
<i>Tıbbi alanlara daha fazla katkı sağlar</i>	1
<i>Yatan hasta süreçlerinin takibi ve malpraktis durumlarının önüne geçilmesi</i>	1
<i>İleri tanı ve tedavi yöntemlerinde</i>	1

Hastanelerde dijitalleşmenin en çok gerekli olduğu alanlar konusundaki ifadeleri içeren Tablo 5 incelendiğinde tüm süreçler ve tüm birimlerin dijital olması ifadesi 5 defa tekrar edilerek en çok söylenen ifade olmaktadır. Hasta-hekim, hasta-hemşire ilişkisi dışında tüm alanlarda, yönetim süreçlerine çok çeşitli veriler sağlanması (Yatan hasta, faturalar, malzeme takibi vb. gibi)

ifadeleri de 2 defa tekrar edilen ifadeler olarak 2. Sırada yer almaktadır. Diğer ifadeler bir yönetici tarafından tekrar edilmektedir.

Tablo 6: Son Birkaç Yıl İçinde Hastanelerde Dijitalleşmeyle İlgili Değişim Olarak Dikkat Çekenler

<i>Son birkaç yıl içinde hastanelerde dijitalleşmeyle ilgili değişim olarak dikkat çekenler hakkındaki ifadeler</i>	<i>Söylem Sayısı</i>
<i>Tıbbi kayıtların sistemden takip edilmesi</i>	3
<i>Online randevu</i>	2
<i>Robotik cerrahi işlemleri</i>	1
<i>Yapay zeka ve machine learning ile uygulama içerisinde yapılan işlemleri yapay zeka sistemleri öğrenip işlemlere karar desteği sunması</i>	1
<i>Bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti açısından sakıncalı olayların yaşanması/Veri hırsızlığı veya teknik problemler</i>	1
<i>Hasta geribildirimlerinin yönetiminin online yapılması</i>	1
<i>Olay geri bildirimlerinin, kalite çalışmalarının online yapılması</i>	1
<i>Bulut sistemi ile hasta bilgilerine her yerde ulaşım sağlanması</i>	1
<i>Sağlık personeli arasında bilgi paylaşımı olması</i>	1
<i>Mali verilerin toplanmasının kolaylaşması</i>	1

Son yıllarda hastanelerde dijitalleşmeyle ilgili değişim olarak dikkat çekenler hakkındaki ifadeleri gösteren Tablo 6 incelendiğinde ifadeler içinde yüksek söylem sayısına 3 defa tekrar edilen ifade olarak “*Tıbbi kayıtların sistemden takip edilmesi*” belirtilmektedir. Online randevu da 2 söylem sayısı ile 2. Sırada yer almaktadır. Diğer ifadelerle birlikte genel olarak değerlendirildiğinde ifadelerin yüksek söylem sayısına sahip olmadığı bunun da yöneticilerin farklı deneyimlerinin olması ile ilişkili olabileceğini söylemek mümkündür.

7.SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan bu araştırma ile hastane yöneticilerinin dijitalleşen hastaneler hakkındaki tıbbi ve idari alanlarla ilgili farklı uygulamalar, seçenekler ve beklentiler konusundaki bilgileri ve görüşleri değerlendirilmiştir.

Farklı eğitimlere ve uzmanlıklara sahip olan hastane yöneticilerinin hastanelerin dijitalleşmesi üzerine bakış açıları farklılık göstermektedir. Ayrıca dijitalleşmenin yoğun olarak kullanıldığı hastanelerde görev alan yöneticiler ile dijitalleşmenin sınırlı olarak kullanıldığı hastanelerdeki yöneticilerinin bilgi ve bakış açıları arasında farklılıklar olduğu ifade edilebilmektedir. Bu farklılıklar ifadelere yansyarak ifadelerin çeşitliliği artmış ve kapsamlı bir çerçevenin çizilmesine olanak sağlamıştır.

Hastane yöneticilerinin dijital hastane yönetimini gerçekleştirebilmesi hususunda bilgi güvenliği, sağlık hizmetlerinin güvenliği, kalite ve sürdürülebilirlik konuları çok tekrar edilen ifadelerin değerlendirilmesi olarak söylenebilir.

Dijitalleşme açısından hastanelerin insan kaynakları sürecinde yöneticilerin genel olarak sürdürülebilirlik hakkında, mevcut personelin desteklenmesi ve yöneticinin etkin rolü ile bu sürece katılımının etkili olduğunu ifadeler doğrultusunda söylemek mümkündür.

Farklı kurumlara ait deneyimleri olan hastane yöneticilerinin araştırmaya katkıları da farklı boyutlarda olmuştur. Ayrıca yöneticilerin yabancı dil bilgisinin de deneyimlerine ve bakış açılarına yansıdığını söylemek mümkündür.

Hastanelerin bilgilerine erişimin kurum dışında ulaşılabilir olmasını hastane yöneticilerinin önemli gördükleri ifadeler arasındadır.

Hastanelerde dijitalleşmenin genel olarak olumlu gelişmelere neden olacağını belirten yöneticiler dijitalleşmenin gerekliliğini de ifade etmişlerdir. Ancak fazla tahlil ve ilaç kullanımının önüne geçilmesi, yazılım sorunları veya sistemsel sorunlar nedeniyle yanlış ve eksik işlem yapılabilmesinin de söz konusu olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hasta mahremiyetinin sağlanması ve bilgi güvenliği konuları hastanelerin dijitalleşmesi ile birlikte yöneticiler tarafından riskli olarak değerlendirilmiştir.

Evrak yükünün azalması olumlu olarak değerlendirilirken sisteme veri girişlerinin karmaşık, çoklu ve detaylı olması iş akışı açısından olumsuz olarak değerlendirilmiştir.

Hastane yöneticileri hastanelerin dijitalleşmesini olumlu ve gerekli olarak değerlendirmektedirler. Kendileri de bu sürecin farkındadırlar. Hatta bu durum “Sağlık Yönetimi” yüksek lisans ve doktora programı eğitimi alan yöneticiler tarafından dijital hastanelere yönelik müfredat içerisinde konuların yer alması gerektiği şeklinde ifade edilmiştir.

Dijital hastanelerin ülkemizde zaman içerisinde sayıları artmaktadır. Hastanelerin yönetim anlayışında da bu yönde değişimler görüldüğünü söylemek mümkündür. Hastanelerin dijitalleşmesi, hastanelerin mevcut durumunu kısa sürede ve istenilen kriterler doğrultusunda önceki dönemlerle karşılaştırarak değerlendirmeler yapılmasına, sonraki dönemler için politikalar geliştirilmesine olanak sağlarken karar verme sistemleri ile süreçler hızlı ve etkili şekilde yönetilmektedir.

Araştırmaya ait sonuçlara göre hastanelerin dijitalleşmesi sürecine uyum ve başarı için teknolojiye anlayan ve değişime açık kişilerin tercih edilmesi önerilmektedir. Hastane yöneticilerinin sürekli iyileştirme yapmaları, teknolojik uygulamalara kaynak tahsis etmeleri ve personelin desteklenmesi konusunda sürekli eğitimler düzenlenmesini takip etmeleri gerekmektedir.

Bilgilere erişimin hızlı ve kolay olması, hızlı hizmet sunumu yapılabilmesi, birçok işlemin sistem üzerinden yapılabilir olması vb. durumlar dijitalleşmenin katkıları olarak ifade edilebilmektedir. Ancak kayıtların yoğunluk, teknik sorunlar gibi nedenlerle eksik veya yanlış girilebilmesi, bilgi güvenliği sorunlarının yaşanması, hastaya ayrılacak zamanın sisteme ayrılması, sisteme fazla güvenilip hata payının artması vb. durumlara da izin vermemek için düzenli olarak sistemin geliştirilmesi gerekmektedir. Hastane yöneticileri tarafından sistemin iyileştirilmesi için gerekenlerin tespit edilmesi belirtilen risklerin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Kaynakların etkili ve verimli kullanılması hususunda veri yönetiminin önemi düşünüldüğünde dijitalleşmenin yöneticiler tarafından daha etkin kullanılabilmesinin sonraki dönemler için verilecek kararlar, yapılacak yatırımlar bakımından da önemli hale geleceğini söylemekte

mümkündür. Hastane yöneticilerinin dijitalleşme sürecine uyum sağlaması, teknolojik gelişmeleri yakından takip etmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akyol, E. (2016). Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane Çalışmaları 2013-2015. Sağlık Bakanlığı, <http://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/1477529e111b4d2f8bd1f378a21ec538.pdf>
Erişim Tarihi: 01.06.2019.
- Ashyüksel, M. K. (2016). Bilgi Teknolojileri ve Dijitalleşmenin Türkiye’de. *Bilgi Dünyası* , 87-103.
- Ajami, S., & Bagheri-Tadi, T. (2013). Barriers for adopting electronic health records (EHRs) by physicians. *Acta Informatica Medica*, 21(2), 129-134.
- Baum, F., Newman, L. and Biedrzycki, K. (2014) Vicious cycles: digital technologies and determinants of health in Australia. *Health Promotion International*, 29, 349–360.
- Blumenthal, D. (2017). Data Withholding in the Age of Digital Health. *The Milbank Quarterly*, 95(1), 15-18.
- DelliFraine, J. L., & Dansky, K. H. (2008). Home-based telehealth: a review and meta-analysis. *Journal of telemedicine and telecare*, 14(2), 62-66.
- Demirci, Ş. (2018). Sağlıkın Dijitalleşmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 710-721.
- Ercan Ü, Sıgır Ü. (2018). Şirketlerin Şeffaflık ve Hesap Verebilirliğinin Vekâlet Kuramı Bağlamında İncelenmesi: OYAK Örnek Olayı . *İş ve İnsan Dergisi* .
- Gagnon, M.P., Simonyan, D., Ghandour, E.K., Godin, G., Labrecque, M., Ouimet, M., Rousseau, M. (2016). Factors Influencing Electronic Health Record Adoption by Physicians: A Multi Level Analysis. *International Journal of Information Management*, 36 (3), 258-270.
- Gibbons, M. C., Fleisher, L., Slamon, R. E., Bass, S., Kandadai, V. and Beck, J. R. (2011) Exploring the potential of Web 2.0 to address health disparities. *Journal of Health Communication*, 16(Suppl. 1), 77–89.
- Gupta, M., Singh, N., Shrivastava, K., & Mishra, P. (2015). Significance of Digital Imaging and Communication in Medicine in Digital Imaging. *Digital Medicine*, 1(2), 63-66. doi: 10.4103/2226-8561.174769.
- Haggerty, E. (2017). Healthcare and Digital Transformation. *Network Security*, , 7-11.
- Kalender, N., & Özdemir, L. (2014). Yaşlılara Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Tele-Tıp Kullanımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(1), 50-58.

- Kılıç, T. (2016). Digital Hospital; An Example of Best Practice. *International Journal*, 1(2), 52-58. doi: 10.23884/ijhsrp.2016.1.2.04.
- Lupton, D., (2014) Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promotion International*, Vol. 30 No. 1.
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *Journal of medical Internet research*, 18(10), 1-16.
- Newman, L., Biedrzycki, K. and Baum, F. (2012) Digital technology use among disadvantaged Australians: implications for equitable consumer participation in digitally-mediated communication and information exchange with health services. *Australian Health Review*, 36, 125–129.
- O'Mara, B. (2013) Social media, digital video and health promotion in a culturally and linguistically diverse Australia. *Health Promotion International*, 28, 466–476.
- Özgan, H. ve Külekçi, E. (2012). Öğretim elemanlarının sessizlik nedenleri ve üniversitelerine etkileri. *E-International Journal of Educational Research*, 3(4), 33-49.
- Ritzer, G., Dean, P. and Jurgenson, N. (2012) The coming of age of the prosumer. *American Behavioral Scientist*, 56, 379–398.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Dijital - Kağıtsız Hastane Nedir?, <http://dijitalhastane.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi:01.06.2019.
- Sıgrı, Ü., (2018). Nitel Araştırma Yöntemleri, İstanbul, Beta Yayınevi.
- Smith, M., Morita, H., Mateo, K. F., Nye, A., Hutchinson, C. and Cohall, A. T. (2014) Development of a culturally relevant consumer health information website for Harlem, New York. *Health Promotion Practice*, 15, 664–74.
- Tezcan, C. (2018). Sağlıkın Dijital Dönüşümü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu* .
- Tüfekçi, N., Yorulmaz, R., & Cansever, İ. H. (2017). Digital Hospital. *Journal of Current Researches on Health Sector* , 143-156.
- Yıldırım, N. (2011). Okul müdürlerinin motivasyonları üzerine nitel bir inceleme. *AİBÜ, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(1):71.
- Yu, L., Lu, Y., & Zhu, X. (2012). Smart Hospital Based on Internet of Things. *JNW*, 7(10), 1654-1661. doi:10.4304/jnw.7.10.1654-1661.
- World Economic Forum. (2011). *Amplifying the impact: examining the intersection of mobile health and mobile finance. In: WEF Geneva.*



E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/pub/japss	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı: 1, Nisan 2021	Issue: 1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 31/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 03/04/2021

**THE MODERATOR ROLE OF STRATEGIC PLANNING PERFORMANCE IN
THE EFFECT OF MANAGERS AUTONOMY ON STRATEGIC CONTROL:
A RESEARCH IN KONYA ORGANIZED INDUSTRIAL ZONE**

Atıf/ to Cite (APA): Erdem, A.T. (2021). The Moderator Role Of Strategic Planning Performance in The Effect of Managers Autonomy on Strategic Control: A Research in Konya Organized Industrial Zone, Journal of Academic Perspective on Social Studies, (1), 72-85.

Ahmet Tuncay ERDEM¹

DOI: <https://doi.org/10.35344/japss.907623>

ABSTRACT

This study's main purpose is to determine whether "strategic planning performance" has a moderator function in the effect of manager autonomy, which is a positive manager behavior, on strategic control. In this study, whether strategic planning performance has a moderator role in the effect of manager autonomy on strategic control is tried to be answered. According to the quantitative research method and relational scanning model, the research is structured, one of the general scanning models. The data required to test the research hypotheses were collected according to the convenience sampling technique, and statistical analyzes were made on the collected data using AMOS and SPSS programs. According to the findings obtained from the research data analysis, it was determined that managers' autonomy behaviors have positive effects on strategic control, and strategic planning performance has a significant effect on strategic control. On the other hand, it has been determined that strategic planning performance does not have a moderator function in the effect of manager autonomy on strategic control. In organizations where manager autonomy is high, strategic control also increases, and at the same time, strategic planning performance strengthens strategic control. On the other hand, it is seen that strategic planning performance does not affect the interaction between manager autonomy and strategic control. These results show that managers who can make autonomous decisions can ensure stability and control in the organization, while control also improves performance.

Keywords: Strategic planning performance, Managers autonomy, Emotional leadership.

1. INTRODUCTION

Nowadays, it is known that managers have great roles in terms of sustaining their activities. To create an effective and efficient organizational structure, managers are expected to have the initiative in their decisions. Besides, managers' freedom of decision-making ineffective organizational activities will enable them to establish a more clear and stable organizational structure. In this context, organization managers, who are held responsible for the organization's success and its activities, can be successful by providing strategic control. On the other hand, for organizations to be successful, their strategic performance is expected to be stable and high.

Although autonomy provides managers with more room for flexibility in terms of strategic control, it may cause top management to have more control over the actions of managers. (Saydam, 2020: 2). Autonomy defines the independence given to teams or managers within the organization to develop suggestions or new ideas and bring them into the competitive

¹ Asst. Prof. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal University, Faculty of Communication, ahmeterdem@ibu.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4573-8415>

environment (Hughes and Morgan, 2007). Managers who can make autonomous decisions will at some point have management strategies and control in management. According to Karakaya and Akbulut (2013: 197), strategic control is related to the determination of the previous period's problems and the efforts to solve them in the process of preparing the strategic plans of senior managers. Strategic control is focused on internal and external environmental factors that are often beyond business managers' control. In this context, the organization is expected to have strategic control to be effective in the external environment that it has difficulty changing the manager and the internal environment that it can control.

It is widely discussed in the literature that organizational factors affect the control and performance provided in the organization (Shrivastava and Grant, 1985). Managers are affected by the level of autonomy they have to use resources effectively and the degree of control they are subject to. On the other hand, with the developing information technologies and communication around the world, the struggle for sustainable economic development and the increase in business competition directs organizations' attention to strategic control, which is increasingly important (Kuye and Oghojafor, 2011). It is important for managers to be autonomous in resource use and to fulfill organizational goals by using these resources. Managers will gain strategic control by feeling independent in the organization and acting autonomously in using resources. On the other hand, achieving control by acting autonomously in the organization may increase performance.

Although there are various studies on manager autonomy, strategic control, and strategic planning performance (Bowman and Asch, 1992; Bryson, 2004; Elbanna, 2013; 2016; Karacaoğlu and Saydam, 2020; Saydam, 2020), these three variables are stated in this research model. There is no such research. Combining in the same equation that strategic planning performance cannot function as a moderator variable under the effect of strategic control of manager autonomy, it can be argued that this research will contribute to the original, important and literature. In the research, *whether strategic planning performance has a moderator role in manager autonomy's strategic control effect* has been tried to be answered.

2. CONCEPTUAL FRAMEWORK

2.1. Manager Autonomy

Autonomy defines the authority and independence given to teams or managers within the organization to continue these proposals, developed to develop new ideas or suggestions until they are completed (Hughes and Morgan, 2007). Autonomy is a way of doing business that includes the independence, initiative, and freedom of a person that is allowed or required in daily business activities (Stamps and Piedmont, 1986). Drafke and Kossen (1998) express autonomy as an individual's freedom to perform duties and control work. On the other hand, autonomy is environmental dominance defined as the individual's ability to adapt himself to the environment or the environment to regulate his environment and meet his psychological and physical needs (Keyes et al., 2002).

Manager autonomy can be specified as the independent decision-making ability of the manager. Essentially, manager autonomy starts with the autonomy of employees. Autonomy represents a decentralized organizational context or a decision structure in which managers can act without prior approval by top management and when the manager is not even aware of it (Andersen and Nielsen, 2009). In other words, manager autonomy starts with the extent to which mid-level managers can act and make decisions without senior management's approval. With autonomy,

middle managers find strength in themselves to solve the organizational problems they encounter. Solutions for organizational problems are achieved by taking steps towards autonomy and authority expansion. With professional managers' empowerment in organizations, autonomy will also develop and contribute to organizational problems with autonomy (Bell, 1976). Management autonomy can be designed as a multidimensional concept that points to discretion in decision-making and policy implementation in personnel or financial matters (Bach, 2010). Besides, although autonomy provides managers with more flexibility to act, strategic control also provides tools for tighter senior management control over their actions (Elbanna, 2016: 211).

2.2. Strategic Control

Strategic control is an understanding developed to help senior managers cope with changes and other problems that arise after a strategic plan is prepared (Edwards and LaFief, 2004). Merchant (1988) defines strategic control as ensuring that the adopted strategies are properly implemented and determine whether the applied strategy is valid. Besides, control strategies are also concerned with the fundamental question of whether resources are used to bring the organization closer to its goals and what to do if resources are not used correctly (Miller, 1996). Strategic control is focused on internal and external environmental factors that are often beyond business managers' control. For this reason, these factors should be taken under control as much as possible for strategic control to be beneficial. In this sense, it helps senior managers in strategic control, control environmental variables, and increase corporate performance (Kuye and Oghojafor, 2011). Strategic control is the set of activities aimed at evaluating and controlling the results of effective strategies and implementation developed to achieve the predetermined or revised goals according to the situation during the implementation process (Rodoplu, 2004: 254). Strategic control, which is the last stage of the strategic management process, is an important function used in determining the success of strategic implementations and related to the monitoring and control process of activities (Abas and Yaacob, 2006: 162).

In the control phase, which is turned into a forward feeding according to the contemporary strategic control approach, those who control important changes and trends determine the strategies and objectives that need to change and ensure that measures are taken promptly. The last stage of the strategic management process is strategic control. Strategic control is required to achieve potential success. Strategic control is looking at whether top managers' strategic choices and their decisions regarding strategies are realized to achieve the general goals (Karacaoğlu and Saydam, 2020: 617).

2.3. Strategic Planning Performance

Strategic management, which started to be used in management in the second half of the 20th century, is making and placing strategic decisions (Bowman and Asch, 1992: 17). Strategy means "to refer, direct, send, carry and carry." (Acar, 2007: 6). The concept of strategy emerges that has been used for centuries and is more dominant in the military field (Sütçü, 2008: 9). Strategic management; It is the planning of analysis, evaluation, selection efforts, and research required for planning strategies. These planned actions are to continue by taking all kinds of motivation within the organization and implementing structural measures to implement the strategies. After these stages, it can also be expressed as the totality of the processes that involve checking the strategies in terms of compliance with the objectives before implementing them, which concern the organization's top managers' activities (Gümüş, 1995: 315; Adigüzel, 2020).

Since strategic planning ability is a skill that enables the firm to create strategic plans by considering the external environment, the firm should be informed as much as possible about the external environment. The company's external environmental knowledge can provide both better resolution of market opportunities and easier recognition of possible threats. Besides, strengths and weaknesses can be determined more objectively with the acquired external environmental knowledge (Yam et al., 2004; Khan and Khaliq, 2014; AlQershi, 2021). The main purpose of organizational performance management is to present the systematic controls involved in management processes with managerial discretion, decision-making, and action tools, and to regulate and guide the activities of the organization or the subsystems of the organization to reach the agreed goals (Hicks and Gullett, 1981: 54). Strategic planning is a disciplined study that "shapes what an organization is, what it does and why it does it, and produces basic decisions and actions that guide this process (Bryson, 2004: 6). Planning is one of the management functions, and it is expressed as determining the organization's goals and determining the steps to be taken in line with these goals with a rational approach (Weihrich and Koontz, 2005). On the other hand, according to another definition, strategic planning determines the mission, main purpose, strategy, and policies that direct the acquisition and distribution of resources necessary to achieve the organization's goals (Pearce and David, 1987: 109).

Developing technology and changing social structure necessitated a radical change and transformation of management mechanisms (Çukurçayır and Eroğlu, 2005: 129). Performance is the ability of an enterprise to reach its goals by using its resources effectively and efficiently. It is the performance of works by the organizations' standards and the fulfillment and achievement of the expected goals following the conditions (Gül, 2013: 5). Performance, showing behaviors by predetermined standards; degree of approach to expected goals (Ekber and Mirzayeva, 2016: 123). Strategic planning is also expressed as drawing a road map in line with the organization's objectives. Its difference from planning is that the activities, current situations, and possible changes of external environmental elements are taken into account in determining this road map (Ülgen and Mirze, 2013). Considering the public's financial and administrative problems, it becomes more important for public institutions to carry out their activities in a planned manner. It is deemed necessary for public institutions to take the initiative and actively participate in producing planned services, basing the determining policies on concrete work programs and budgets, and effectively monitoring the implementation. "Strategic planning" comes to the fore as a basic tool in executing these activities by organizations (Hastürk and Kontrolörü, 2006: 6). Strategic planning performance needs to produce a product with good performance through an appropriate processor to put it into consumers' use and increase strategic planning performance. It is recommended to use the strategic planning indexes of organizations to determine strategic planning performance (Phillips and Moutinho, 2000; Phillips, 2003).

2.4. Manager Autonomy, Strategic Planning Performance and Strategic Control Relations

The strategic management literature states that strategic control practices are important to monitor strategic developments in the organization and ensure the implementation of targeted strategic plans (Goold and Quinn, 1990). Innovation and uncertainty in the strategic planning process structure direct strategic planning to encounter political influence attempts by organizational actors (Ferris et al., 1989). The general problem of strategic planning is implementation, so strategic planning literature focuses on strategic planning effectiveness. Many empirical studies in the literature confirm the strategic plan's supportive role in creating better long-term competitive positions and better organizational performances (Saydam, 2020: 39).

Strategic control is cited among the core activities of strategic management issues, and the importance attributed to this activity is less than other activities such as the formulation of strategic plans (Goold and Quinn, 1990). Strategic control; helps to direct the behaviors towards organizational interests instead of thinking about the values, systems, rules, and other activities adopted by management and practices and employees' interests (Otley et al., 1995). Organizations that take strategic control measure their strategic plan performances by setting strategic goals as a standard. It is also stated as a process in which feedback is given about unwanted differences to compare this performance with standards. Although it is stated that strategic monitoring or strategic control is among the basic activities of strategic management, it is seen that the emphasis on this activity is less than other activities such as the formulation of strategic plans (Berry et al., 2009; Nixon and Burns, 2012; Elbanna, 2013). On the other hand, autonomy, defined as the freedom of an individual to fulfill duties and control the work (Drafke and Kossen, 1998), contributes significantly to both performance and strategic control in the organization. Here, low control in terms of limited autonomy, combined with high demands, brings negative risk (Karasek, 1990) and low performance (Bakker et al., 2004). In this context, the strategic control of managers who can make autonomous decisions will increase, and accordingly, strategic planning performance will be positively affected. The strategic management literature states that the strategic control system is important to monitor strategic progress and ensure strategic plans (Goold and Quinn, 1990). The uncertainty and innovation inherent in strategic planning processes increase the likelihood that strategic planning will encounter organizational actors' political influence attempts (Ferris et al., 1989). The general problem of strategic planning is implementation, so strategic planning literature focuses on strategic planning effectiveness. Many empirical studies in the literature confirm the strategic plan's supportive role in creating better long-term competitive positions and better organizational performances (Saydam, 2020: 39).

The research model regarding strategic control variables, strategic planning performance, and manager autonomy within the research scope is shown in Figure 1.

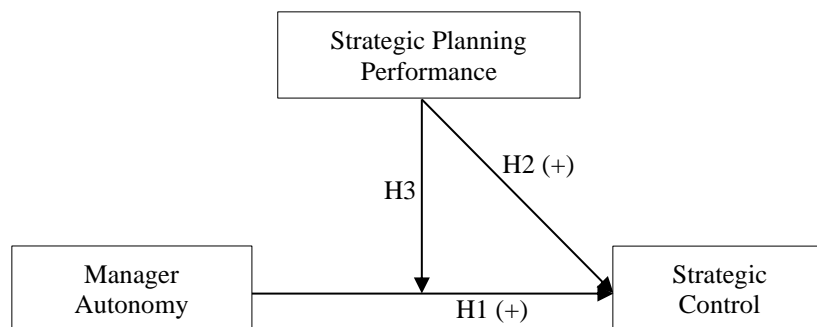


Figure 1. Research Model

According to the research model in Figure 1, strategic control (dependent variable), strategic planning performance (moderator variable), and manager autonomy (independent variable) are constructed. In line with the research model, the following hypotheses have been developed;

H1: Manager autonomy has a positive effect on strategic control.

H2: Strategic planning performance has a positive effect on strategic control.

H3: Strategic planning performance plays a moderator role in the effect of manager autonomy on strategic control.

3. METHOD

In scientific research, a research model and hypotheses should be developed systematically to determine the events and phenomena in the universe, and the hypotheses that have been constructed should be tested with a scientific research method (Tutar and Erdem, 2020: 71). In this framework, the research's scientific method as a systematic process has been determined as quantitative research.

The design of scientific research serves as a guide to answer the research question determined within the research scope and test the determined hypotheses (Tutar and Erdem, 2020: 77). Research patterned towards the relational scanning model, based on the general scanning model, has been designed in this context. Research models and hypotheses were tested by quantitative research method by subjecting the obtained data to analysis, and this analysis was carried out by following a systematic process.

3.1. Research Sample

The universe of the study consists of senior executives operating in the manufacturing industry of Konya. In the study, Konya Büsan Sanayii was chosen as the sample due to time and financial constraints. In this direction, a total of 325 business executives operating in the Büsan Industry constitute the research sample. 213 usable questionnaires were obtained from the relevant enterprises by the convenience sampling method. The reason for choosing the random sampling method in the research is that the participants representing a part of the universe can be selected with an equal chance of being selected (Tutar and Erdem, 2020: 246).

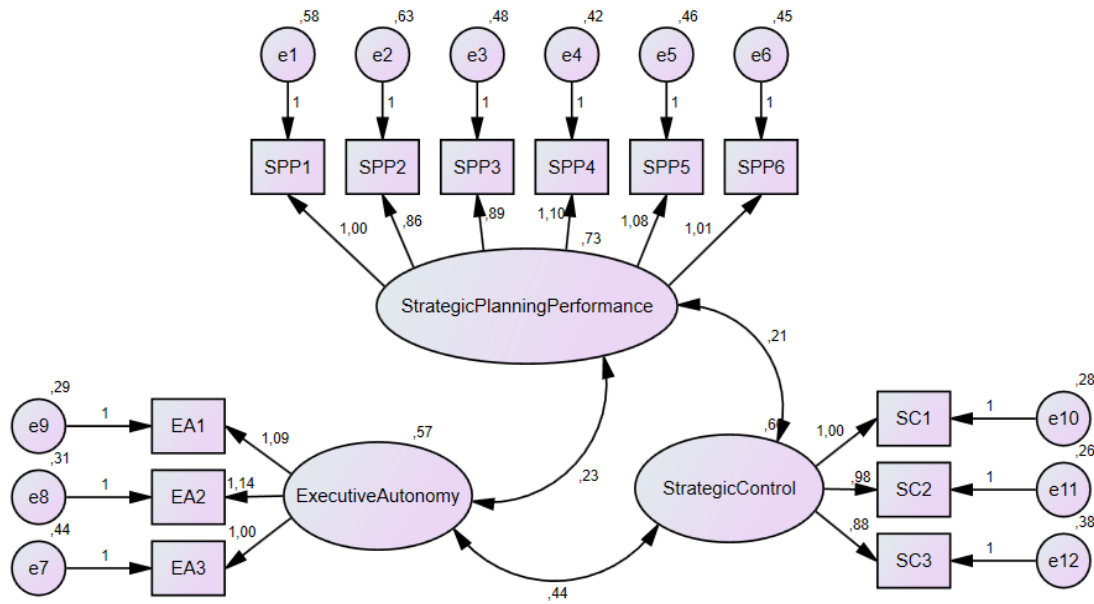
3.2. Data Collection Tool

In the research, Andersen and Nielsen (2009) developed the manager autonomy scale and consists of three items. Titus et al. The three-item strategic control scale developed by (2010) and the six-item strategic planning performance scale, Saydam (2020), were used. Research data were collected from related businesses between 10.09.2019 and 17.11.2019.

3.3. Validity and Reliability

Within the scope of the research, first of all, reliability analyzes of the scales were made. It was determined that $\alpha = 0.847$ for the manager autonomy scale, $\alpha = 0.852$ for the strategic control scale, and $\alpha = 0.894$ for the strategic planning performance perception scale. According to these results, it is seen that the scales are reliable.

Confirmatory factor analysis (CFA) was applied to the measurement model to determine the reliability and validity of the strategic planning performance scale, manager autonomy, and strategic control scales (Figure 2).



Goodness of Fit Values of the Model: $\chi^2/DF= 2,567$; GFI= .940 NFI=.944 CFI=.965
TLI=.954 RMSEA=.067

Figure 2: Confirmatory Factor Analysis Diagram for the Model

After the confirmatory factor analysis, the model was tested again. Then, a comparison was made between the research model and the single factor model by applying a single-factor model. The values obtained are shown in Table 1.

Table 1: Model-Data Fit Values

	X^2	ΔX^2	DF	X^2/DF	GFI	NFI	CFI	TLI	RMSEA
Single-factor model	1036.73	-	54	19.19	.566	.555	.565	.469	.229
Research Model	130.90	905.83	51	2.56	.940	.944	.965	.954	.067

p<0.01

According to the confirmatory factor analysis result in Table 1, the research data were tested by distributing them to 3 measurement models. Good fit validity measures are shown with the results obtained with the fit indexes of RMSEA, GFI, NFI, CFI, TLI, and χ^2 / DF for the model. In Table 1, it was determined that χ^2 value was significant according to the 3-factor model ($p < 0.01$). In addition, it is seen that the model is compatible in terms of validity since the χ^2 / DF value (2,563) is below 5. Since the fit indices of the research models are GFI = 0.940, NFI = 0.944, TLI = 0.954, CFI = 0.965 and RMSEA = 0.067, it is seen that the model is compatible. In addition, in the same table (Table 1), Chi-Square Test was applied to χ^2 values to determine the significant difference between the single-factor model and the three-factor model of the significant research difference between the two values. According to these results, it is seen that there is no common method deviation in the study (MacKenzie and Podsakoff, 2012).

Table 2. Standard Deviation, Mean, and Correlation Values of the Variables

	Mean	SD	CR(t)	AVE	1	2	3
Manager Autonomy	3,78	0,879	0,849	0,653	-		
Strategic Planning Per	4,05	0,841	0,895	0,588	0,618**	-	
Strategic Control	3,84	0,899	0,854	0,661	0,319**	0,271**	-

Note: SD, standard deviation; * 0.05 ** 0.01 *** Significant at 0.001 level (bi-directional)

To determine whether the variables provide compatibility and measurement with the research model, validity, discriminant validity and convergent techniques were used. Hair et al. (2006) believe that the scale items' factor loads are higher than 0.5 in a study that shows that the research model meets the measurement criterion. In this context, the standardized factor loadings of the items belonging to the research expression scales are above the value of 0.5. Also, the t values at the parametric valuation point of the factor loads vary between 12.50 and 16.83 (Figure 2). According to these values, the research model is meaningful (Hair et al., 2006).

The fact that the average explained variance (AVE) value in the research model's analysis is higher than 0.5 is shown as proof of convergent validity (Fornell and Larcker, 1981). In this context, it is seen that the AVE values of all three scales are higher than 0.5. For discriminant validity, the correlation values between the research scales should be less than 0.80 (Kline, 2014). According to Table 2, the structure reliability (CR) obtained from the relevant scales is expressed as proof of the reliability of the measurement results if both reliability levels are higher than 0.70 (Fornell and Larcker, 1981; Hair et al., 2006). There is a positive relationship between manager autonomy and strategic planning performance ($r = 0.618, p < .001$). There is a positive correlation between manager autonomy and strategic control ($r = 0.319, p < .001$). There is a positive correlation between strategic planning performance and strategic control ($r = 0.271, p < .001$). According to the correlation values, it is seen that there are significant relationships between variables.

4. METHOD

4.1. Demographic Findings

The participants' demographic information, such as gender, education level, age, and seniority, are explained in Table 3.

Table 3. Distribution of Demographic Data Regarding the People Participating in the Study

Gender	Frequency (n)	Percent (%)	Marital Status	Frequency (n)	Percent (%)
Female	59	29,7	Single	103	42,6
Male	154	70,3	Married	110	57,4
Total	213	100,00	Total	213	100,00
Age	Frequency (n)	Percent (%)	Education Status	Frequency (n)	Percent (%)
26–35	45	21,1	High School	75	35,2
36–45	72	33,8	License	98	46,0
46–55	30	14,1	Master	40	18,8
56 – above	66	31,0			
Total	213	100,00	Total	213	100,00

In Table 3, 29.7% of the participants are women, and 70.3% are men. Considering the participants' marital status, it was determined that 57.4% were married and 42.6% were single. When the

distribution by education level is examined, it is seen that 35.2% of the participants are high school graduates, 46% are undergraduate, and 18.8% are graduate. According to the age range, it is seen that 33.8% of the participants are composed of a personnel who are concentrated in the 36-45 age range.

4.2. Testing Research Hypotheses

For testing the hypotheses, the structural equation model was applied to the research data. In Table 4 and Figure 3, the moderator effect results from the structural equation model analysis are given.

Table 4: Supported and Unsupported Hypotheses According to the Structural Equation Model

Independent Variables	Dependent Variables	β	t	SE	p
Manager autonomy	Strategic Control	.602	14.139	.040	***
Strategic Planning Performance	Strategic Control	.086	2.032	.039	.042

Moderate Effect

(Manager autonomy * Strategic Planning Performance)	Strategic Control	.017	.391	.030	.696
---	-------------------	------	------	------	------

Note: SE, standard error; * 0.05 ** 0.01 *** Significant at 0.001 level (bi-directional)

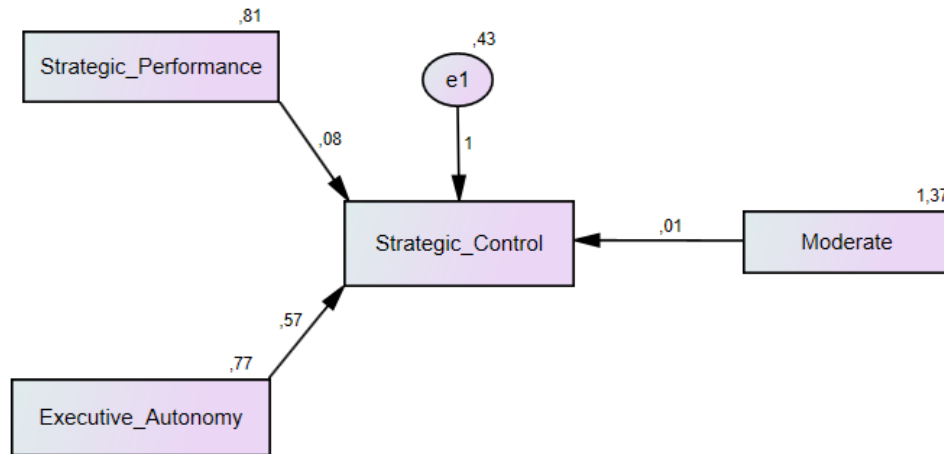


Figure 3: Structural Equation Model

The structural equation model has been used to test the predicted hypotheses. It has been shown in Table 4 and Figure 3, manager autonomy has a positive and significant effect on strategic control ($\beta = 0.602$, $p < 0.001$). The H1 hypothesis is supported. Strategic planning performance has a significant positive effect on strategic control ($\beta = 0.086$, $p = 0.042 < 0.05$). The H2 hypothesis is supported.

To determine the moderator variable's role within the research scope, whether strategic planning performance has a moderator role in the effect of manager autonomy on strategic control has been tested. According to analysis results, it has been seen that strategic planning performance had no moderator role ($p = 0.696 > 0.001$). The H3 hypothesis is not supported. In order to express the moderator effect, a regression curves plot was created. The graph shows that the curves between variables do not intersect (Figure 4).

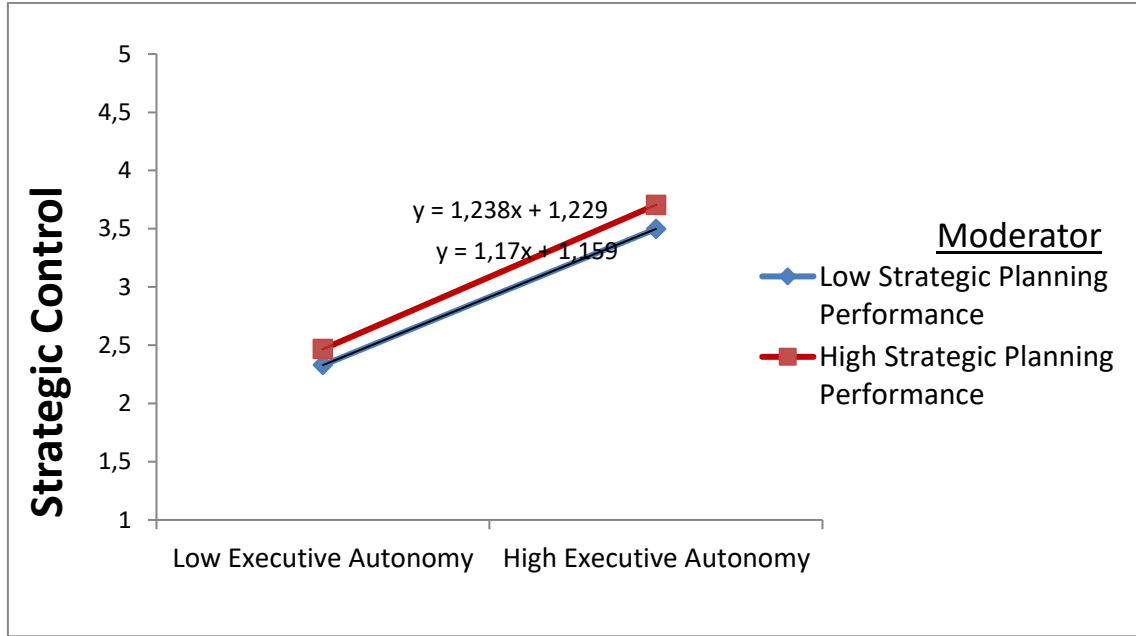


Figure 4: Moderator analysis regression curves

5. CONCLUSION

This study deals with the "moderator" role of strategic planning performance in the effect of manager autonomy on strategic control. It is understood that the positive decision-making conditions provided by "manager autonomy" occur, and these conditions strengthen their strategic control behaviors. On the other hand, considering that managers' strategic planning performances strengthen "strategic control" and therefore strategic planning performance will have a moderator function in the interaction of manager autonomy and strategic control, a research model has been set up for the moderator role of strategic planning performance. In this context, it was determined that strategic planning performance does not have a moderator role. According to these findings, it has been determined that strategic control is effective for the manager to have autonomy in the decision-making process. Nevertheless, suppose the autonomous behavior of the manager in decision making affects the strategic control. In that case, it is expected that the strategic planning performance has an increasing effect on this effect, but the absence of this effect can be seen as an unexpected result in the study.

In the research on the subject, the manager's inability to make decisions and control himself can cause organizations' important problems. The more autonomous decision-making skills and capabilities of the managers, the more stable control will be achieved in the organization. According to the findings of the research, it is seen that the organizational environment that enables easy decision-making caused by manager autonomy strengthens the position of managers to have strategic control. In this case, it can be said that the strategic planning performance also strengthens the strategic control situation and shows that positive management decisions lead to the formation of a positive organizational climate. The research results are important in revealing that the manager's autonomous decision-making will lead to control in the organization, and ensuring strategic control will increase the organization's strategically planned performance. Developing a positive and determined management structure will ensure a stable performance and functioning in the organization while at the same time ensuring that employees trust the

manager. On the other hand, while managerial autonomy and strategic control enable employees to trust managers, they may also cause positive psychological perceptions.

The literature shows a common view that these variables are positive organizational situations in research on manager autonomy, strategic planning performance, and strategic control. In this context, strategic control and manager autonomy studies were generally associated with organizational policy and associated with organizational policy's strategic planning performance (Elbanna, 2016; Karacaoğlu and Saydam, 2020; Saydam, 2020). According to the data obtained from 175 four and five-star hotels in the Gulf Cooperation Council (GCC) countries, Elbanna (2016) determined that the combination of high levels of autonomy and low level of control negatively affected the effectiveness of strategic planning by increasing organizational tensions. In the first hypothesis of the study, manager autonomy's positive effect on strategic control was found ($p < 0.001$). In the second hypothesis, the positive effect of strategic planning performance on strategic control was determined ($p < 0.001$). The last hypothesis determined that strategic planning performance has no moderator effect on the interaction between manager autonomy and strategic control ($p = 0.696 > 0.001$). Since there is no similar research model in the literature to compare these findings, the obtained findings could not be discussed in the light of the relevant literature. Findings and research models obtained from this aspect constitute the original aspect of the study.

This research is limited to examining whether strategic planning performance has a moderator function in the interaction between manager autonomy and strategic control. The research is quantitative research limited to business executives operating in Konya Organized Industrial Zone. The research can be repeated in different samples with different leadership behaviors and different strategic situations. The research can also examine whether the strategic planning performance functions as a mediator variable in the relationship established. It can be repeated with different samples with qualitative and mixed-method researches to understand the research subject better.

REFERENCES

- Abas, Z. ve Yaacob, Z. (2006). Exploring the relationships between total quality management (TQM), strategic control systems (SCS) and organizational performance (OP) using a SEM framework. *Journal of American Academy of Business*, 9(2), 161-166.
- Acar, E. (2007). *Yarı resmi bir örgütte stratejik planlama uygulaması: Aydın Ticaret Odası örneği*. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Adiguzel, Z. (2020). Evaluating the Impact of Strategic Management and Strategic Thinking on Performance in the Public Health Sector. In *Multidimensional Perspectives and Global Analysis of Universal Health Coverage* (pp. 231-265). IGI Global.
- AlQershi, N. (2021). Strategic thinking, strategic planning, strategic innovation and the performance of SMEs: The mediating role of human capital. *Management Science Letters*, 11(3), 1003-1012.
- Andersen, T. J. ve Nielsen, B. B. (2009). Adaptive strategy making: The effects of emergent and intended strategy modes. *European Management Review*, 6(2), 94-106.

- Bach, T. (2010). Policy and management autonomy of federal agencies in Germany. *Governance of Public Sector Organizations* (pp. 89-110): Springer.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. ve Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management*, 43(1), 83-104.
- Bell, D. A. (1976). Serving two masters: Integration ideals and client interests in school desegregation litigation. *The Yale Law Journal*, 85(4), 470-516.
- Berry, A. J., Coad, A. F., Harris, E. P., Otley, D. T. ve Stringer, C. (2009). Emerging themes in management control: A review of recent literature. *The British Accounting Review*, 41(1), 2-20.
- Bowman, C. ve Asch, D. (1992). *Strategic Management*, McMillan Edu. Ltd., Newyork. .
- Bryson, J. M. (2004). *Strategic Planning for Public and Non-Profit Organizations: A Guide*. San Francisco, CA: Josey-Bass.
- Çukurçayır, M. A. ve Eroğlu, H. T. (2005). *Yerel Yönetimler ve Performans Denetimi, Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar-1*. Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Drafke, M. W. ve Kossen, S. (1998). *The human side of organizations*: Addison-Wesley Reading, MA.
- Edwards, R. R. ve LaFief, W. C. (2004). Strategic Control Will Help Small Business Survive. In: Erişim.
- Ekber, Ş. ve Mirzayeva, G. (2016). Motivasyon Yönelimli Performans Değerlendirme-Örnek Olay Çalışması. *Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırmalar Dergisi*, 4(1).
- Elbanna, S. (2013). Processes and impacts of strategic management: Evidence from the public sector in the United Arab Emirates. *International Journal of Public Administration*, 36(6), 426-439.
- Elbanna, S. (2016). Managers' autonomy, strategic control, organizational politics and strategic planning effectiveness: An empirical investigation into missing links in the hotel sector. *Tourism Management*, 52, 210-220.
- Ferris, G. R., Fedor, D. B., Chachere, J. G. ve Pondy, L. R. (1989). Myths and politics in organizational contexts. *Group & Organization Studies*, 14(1), 83-103.
- Fornell, C. ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
- Goold, M. ve Quinn, J. J. (1990). The paradox of strategic controls. *Strategic management journal*, 11(1), 43-57.
- Gül, C. (2013). Bankacılık Sektöründe Görev Performans ve Bağlamsal Performans: Yalova İlinde Bir Araştırma. *Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Enstitü Bilim Dalı*.
- Gümüş, M. (1995). *Yönetimde başarı için altın kurallar*: Alfa.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. ve Tatham, R. (2006). Multivariate data analysis . Uppersaddle River. In: NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hastürk, M. ve Kontrolörü, M. (2006). Stratejik Planlama Ve Performans Esasli Bütçeleme.
- Hicks, H. G. ve Gullett, C. R. (1981). *Management*, McGraw Hill, Inc.
- Hughes, M. ve Morgan, R. E. (2007). Deconstructing the relationship between entrepreneurial orientation and business performance at the embryonic stage of firm growth. *Industrial marketing management*, 36(5), 651-661.
- Karacaoğlu, K. ve Saydam, F. (2020). Otel İşletmelerinde yönetici özerkliği, stratejik kontrol, örgütsel politika ve stratejik planlama performansı ilişkisi üzerine bir araştırma: Antalya örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 611-630.
- Karakaya, A. ve Akbulut, H. (2013). İşletmelerde Sorumluluk Merkezlerinin Stratejik Kontrol Ve Muhasebe Sistemi Açısından Analizi. *International Journal of Economic & Social Research*, 9(1).
- Karasek, R. (1990). Healthy work. *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D. ve Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Khan, M. ve Khalique, M. (2014). Strategic planning and reality of external environment of organizations in contemporary business environments. *Business Management and Strategy*, 5(2).
- Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*: Routledge.
- Kuye, O. ve Oghojafor, B. (2011). Strategic Control and Corporate Performance in the Manufacturing Industry. *European Journal of Social Sciences - Volume 22, Number 2*.
- MacKenzie, S. B. ve Podsakoff, P. M. (2012). Common method bias in marketing: Causes, mechanisms, and procedural remedies. *Journal of retailing*, 88(4), 542-555.
- Merchant, K. A. (1988). Progressing toward a theory of marketing control: a comment. *Journal of Marketing*, 52(3), 40-44.
- Miller, D. (1996). Configurations revisited. *Strategic management journal*, 17(7), 505-512.
- Nixon, B. ve Burns, J. (2012). The paradox of strategic management accounting. *Management Accounting Research*, 23(4), 229-244.
- Otley, D., Broadbent, J. ve Berry, A. (1995). Research in management control: an overview of its development. *British Journal of management*, 6, S31-S44.
- Pearce, J. A. ve David, F. (1987). Corporate mission statements: The bottom line. *Academy of Management Perspectives*, 1(2), 109-115.
- Phillips, P. A. ve Moutinho, L. (2000). The strategic planning index: A tool for measuring strategic planning effectiveness. *Journal of travel research*, 38(4), 369-379.
- Phillips, P. A. (2003). Special issue on the dynamics of strategy. *Journal of Business Research*, 56(2), 93-94.

- Rodoplu, D. (2004). Stratejik yönetim düzeyinde yetki devri. *Review of Social, Economic & Business Studies*, 3(4), 251-273.
- Saydam, F. (2020). *Otel işletmelerinde yönetici özerkliği, stratejik kontrol, örgütsel politika ve stratejik planlama performansı üzerine bir araştırma: Antalya örneği*. (Doctorate Thesis),
- Shrivastava, P. ve Grant, J. H. (1985). Empirically derived models of strategic decision-making processes. *Strategic management journal*, 6(2), 97-113.
- Stamps, P. ve Piedmont, E. (1986). Work satisfaction: An index for measurement. *Ann Arbor, MI: Nurses and Health Administration Press*.
- Sütçü, O. (2008). Stratejik liderlik. *Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi. Kahramanmaraş. ss, 60*.
- Titus, V., McDougall, P. ve Slevin, D. (2010). *Utilizing strategy formation mode and strategic learning to traverse various landscapes*. Paper presented at the Academy of Management Conference, Montreal, Canada.
- Tutar, H. ve Erdem, A. T. (2020). Örnekleriyle Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve - SPSS Uygulamaları. Seçkin Yayıncılık.
- Ülgen, H. ve Mirze, S. K. (2013). İşletmelerde stratejik yönetim: Beta Basım Yayın. In: İstanbul.
- Wehrich, H. ve Koontz, H. (2005). *Management: A global perspective*: Tata McGraw-Hill.
- Yam, R. C., Guan, J. C., Pun, K. F. ve Tang, E. P. (2004). An audit of technological innovation capabilities in Chinese firms: some empirical findings in Beijing, China. *Research policy*, 33(8), 1123-1140.